

RELATION PRÉCOCE PARENTS - ENFANTS

W. PASINI
M. BYDLOWSKI
E. PAPIERNIK
F. BEGUIN







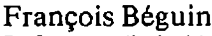
Collection dirigée par
J.C. Czyba, professeur à l'Université Claude Bernard, Lyon I
et G. Abraham, professeur à l'Université de Genève.

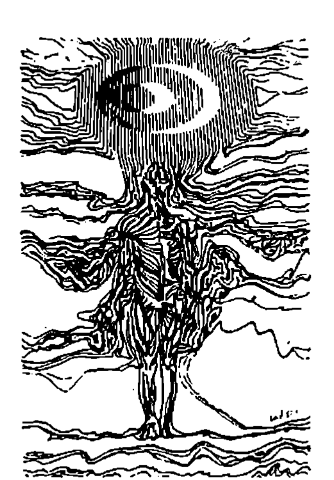
RELATION PRÉCOCE PARENTS - ENFANTS

Willy Pasini
Professeur associé du département de Psychiatrie
de la Faculté de Médecine de Genève.
Médecin-chef de l'unité de Gynécologie psychosomatique
et de Sexologie.

Monique Bydlowski
Neuropsychiatre et Psychanalyste
Chargée de Recherche à l'INSERM/U.187
(Physiologie et Psychologie de la reproduction humaine)

Emile Papiernik
Directeur de l'unité INSERM 187
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, Paris Sud.
Chef du service de Gynécologie Obstétrique,
Hôpital Antoine Béclère, Clamart (France)


François Béguin
Professeur ordinaire à la Faculté de Médecine de Genève.
Médecin-chef de la clinique d'Obstétrique de l'Hôpital cantonal
universitaire de Genève.



SIMEP

38 à 46, rue de Bruxelles
b.p. 1214
69611 Villeurbanne Cedex
France

DANS LA MÊME COLLECTION

J.C. CZYBA
et collaborateurs

SEXOLOGIE MÉDICALE
bases physiologiques
sémiologiques et thérapeutiques

1981, 16 × 24 broché, 184 pages
20 figures, 2 tableaux
ISBN 2-85334-181-X

G. ABRAHAM et A. ANDREOLI

LA PSYCHOTHÉRAPIE
AUJOURD'HUI

1982, 16 × 24 broché, 212 pages
ISBN 2-85334-195-X

F. CHARVET
et collaborateurs

SEXUALITÉ
DANS LE DOMAINE MÉDICAL

1982, 16 × 24 broché, 168 pages
ISBN 2-85334-191-7

P. FÉDIDA, J. GUYOTAT
et J.M. ROBERT

GÉNÉTIQUE CLINIQUE
ET PSYCHOPATHOLOGIE
hérédité psychique
et hérédité biologique

1982, 16 × 24 broché, 192 pages
ISBN 2-85334-198-4

C. MANUEL, J.C. CZYBA
et collaborateurs

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES
DE L'INSÉMINATION
ARTIFICIELLE

1983, 16 × 24, broché, 184 pages
12 tableaux
ISBN 2-85334-192-5

J. MANZANO
F. PALACIO-ESPASA

ÉTUDE
SUR LA PSYCHOSE
INFANTILE

1983, 16 × 24 broché, 192 pages
28 tableaux
ISBN 2-85334-211-5

ISBN 2-85334-237-9

ont collaboré à cet ouvrage

R. Bessis
Directeur du département d'Echographie,
Service du Professeur Papiernik, Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Antoine Béclère
Gynécologue-accoucheur

Madeleine Bourquin
Département de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital cantonal universitaire, Genève

Monique Bydlowski
Chargée de recherche, INSERM-U187 :
Physiologie et Psychologie de la Reproduction humaine

Françoise Cahen
Psychologue-clinicienne

A. Calame
Professeur, service de Pédiatrie,
Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne

Cl.H. Camus
Psychologue clinicien, Lauréat de la Fondation Mustela,
Fondation de France

G. Charbonnier
Spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie, Genève

Anne Courvoisier
Psychologue-Psychothérapeute, Genève

A. Cuendet
Professeur de Chirurgie pédiatrique à la Faculté
de Médecine de Genève

Suzy Duberg
Département de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital cantonal universitaire, Genève

R. Faigaux
Département de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital cantonal universitaire, Genève

P.E. Ferrier
Professeur de pédiatrie, Faculté de Médecine de Genève
Directeur de la Clinique de pédiatrie, Hôpital cantonal, Genève

B. Fonty
Gynécologue-accoucheur

R. Frydman
Service de Gynécologie-Obstétrique (Professeur E. Papiernik),
Hôpital Antoine Béclère, Clamart

P. Gottardi
Service de Guidance Infantile, Genève

A. Haynal
Professeur à la Faculté de Médecine, Genève

G. Lacourt
Division de Néonatologie, Département de Gynécologie-Obstétrique
et département de Pédiatrie et Génétique,
Hôpital cantonal universitaire, Genève

Jacqueline Lalive
Médecin, chef de service adjoint, Psychiatrie 1 (Professeur Garrone),
Genève

J. Manzano
Médecin-chef adjoint, service de Guidance Infantile (B. Cramer),
département universitaire de Psychiatrie (Professeur Garrone), Genève

E. Papiernik
Professeur, INSERM-U187 : Physiologie et Psychologie
de la Reproduction humaine

L. Paunier
Professeur à la Clinique universitaire de Pédiatrie, Genève

Anne Raoul-Duval
Chargée de recherche, Unité INSERM 187,
Hôpital Antoine Béclère, Clamart

R. Schäppi
Psychiatre, Consultant des Institutions Universitaires
de Psychiatrie de Genève

G.E. Theintz
Division de Biologie de la Croissance et de la Reproduction
(Professeur P.Cl. Sizonenko), service de Pédiatrie,
Hôpital cantonal universitaire, Genève

Préface

Depuis 20 ans environ, la diffusion de la contraception moderne a permis une relative autonomie de la sexualité face à la fonction procréatrice. En même temps, l'image sociale de la sexualité et de l'enfant s'est profondément modifiée.

Pour reprendre l'expression du Professeur Georges Abraham, on peut dire qu'auparavant, faire des enfants était plus ou moins obligatoire et faire l'amour était plus ou moins tabou alors qu'aujourd'hui faire l'amour est devenu presque obligatoire, un nouveau devoir social et avoir des enfants devient de plus en plus problématique. Les rapports entre enfants et sexualité se sont paradoxalement inversés dans la mesure où auparavant l'enfant était un bien public et la sexualité un phénomène privé. De nos jours, nous assistons à une privatisation de l'enfant qui prend sa place à l'intérieur des micro-équilibres du couple alors que la sexualité devient un phénomène public ne serait-ce que par la publicité et par le status-symbole qu'elle engendre.

L'organisation de ce colloque a suivi ce même itinéraire dialectique. Cette fois, l'intérêt est focalisé sur l'enfant à la fois réel et imaginaire alors qu'à d'autres reprises, nous avions mis l'accent sur la sexualité et la sexologie. Aujourd'hui certains tabous sexuels semblent en partie exorcisés et les nouvelles techniques d'exploration obstétricales, le progrès de la néonatologie et de la chirurgie pédiatrique nous obligent à reposer des questions existentielles sur le début de la vie.

L'élément original de ce colloque est le lien constant entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire. L'enfant avant ou après l'accouchement, réel dans le ventre pour l'obstétricien et juste après la naissance pour le pédiatre, est une réalité biologique et psychologique indissociable. La périnatologie est une discipline récente qui ne peut plus être « restreinte » à l'Obstétrique mais qui requiert le lien constant avec le pédiatre et la néonatologie. Pour les psychologues et les psychiatres, les liens entre l'enfant avant et après la naissance, entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire se font de plus en plus étroits et dialectiques et rejoignent la problématique de tout parent.

En Italie, ma patrie d'origine, l'enfant « il bambino » endosse encore aujourd'hui des fonctions très importantes au point que, lors d'un récent congrès à Rome, le ministre de

la Santé disait que l'enfant était le dernier bastion de l'Unité Nationale. Lorsqu'on est au bord de la guerre civile, que les déchirements entre les partis politiques ont fait tomber le Xe gouvernement, il ne reste que le recours à l'enfant, en général un enfant martyr, un enfant battu ou malheureux, autour duquel la fibre parentale de tout Italien vibre, en reconstituant ainsi un semblant d'Unité Nationale. D'une manière moins ambitieuse, nous avons aussi utilisé cet enfant réel ou imaginaire pour renforcer les liens entre les professionnels de la santé intéressés par le biais de l'enfant au thème de la santé familiale. Nous espérons que ce colloque deviendra un bel enfant, peut-être donnera-t-il naissance à une nombreuse fratrie.

Professeur Willy PASINI.

Table des matières

I. Désir d'enfant et paternité

L'ambivalence du désir d'enfant

Sa découverte grâce au dispositif de soin prénatal

E. Papiernik
et Monique Bydlowski

Il n'y a pas si longtemps, les catastrophes obstétricales étaient imputées à la seule insuffisance technique médicale, dans un système de soins ayant évolué vers une plus grande stratégie curative et préventive.

Le postulat de base était que la femme désire sans ambiguïté son enfant et que les échecs sont réductibles ou évitables parce que liés à des facteurs connus et identifiables, sur lesquels une action médicale traditionnelle est possible.

Cette image de la toute puissance de la médecine et du désir univoque de la mère de réussir son bébé est renforcée par la maîtrise presque parfaite de la fertilité qui est accessible aux femmes impliquant que seuls viennent au monde des enfants désirés. Cette implication de réussite parfaite explique aussi les motivations des procès montrant qu'un échec existe.

En fait, la réalité n'est pas aussi simple. L'observation attentive des cas montre l'existence d'histoires qui sortent de ce cadre étroit d'image d'Epinal. Il y a des incidents ou des accidents en cours de grossesse qui sont imperméables à l'analyse des faits matériels habituels.

L'impulsion initiale à rechercher d'autres explications est venue de l'analyse de nos échecs.

J'avais monté (1) depuis longtemps une consultation de femmes enceintes ayant eu un échec grave à la grossesse précédente, un mort-né, une mort néo-natale, un enfant

(1) c'est le Pr. Papiernik qui parle

porteur d'une arriération mentale ou d'un handicap neurologique sévère.

Pour toutes ces femmes, une enquête approfondie était mise en œuvre pour analyser la cause de ce premier accident. Ce qu'elles demandaient, bien sûr, c'était la sécurité pour la deuxième grossesse.

Dans bien des cas, l'enquête méticuleuse entreprise permettait de retrouver à l'origine de la catastrophe une cause bien précise, liée à une maladie grave, à un accident ou à une mauvaise pratique médicale. Mais d'autres cas apparaissaient comme bizarres, inexplicables. Surtout se distinguait clairement un groupe de femmes ayant des accidents répétés de même nature ou de nature différente d'une fois à l'autre. Là, l'explication médicale rationnelle était difficile.

Je me souviens avoir accepté d'accoucher une jeune femme médecin qui était venue me voir parce qu'elle avait perdu son précédent enfant au moment de l'expulsion disait-elle. Et je ne trouvais aucune explication raisonnable d'autant que je n'avais pas pu prendre contact avec son accoucheur. Je n'ai compris ce qui avait pu se passer que lorsqu'au moment de l'expulsion de l'accouchement suivant, et alors que tout allait bien, elle s'est levée de la table d'accouchement et a décidé de partir, prise d'une panique incontrôlable.

On pourrait se demander s'il ne pouvait pas y avoir de participation psychique aux grands accidents de grossesse qui sont considérés comme d'origine médicale. Il nous a paru progressivement légitime qu'un certain nombre d'entre-eux pourraient témoigner d'un conflit interne, et *en particulier d'un conflit entre le désir raisonnable d'avoir un enfant sain et le désir insensé de le mettre à mal.*

Il apparaissait possible que se mettent en œuvre des manifestations somatiques d'origine psychique, et d'ailleurs Georg Groddeck prend, pour caractériser le « ça », des exemples dans le domaine de l'obstétrique. Il fallait tester cette hypothèse.

L'autre versant de cette consultation à très haut risque, était son caractère insupportable. La fréquentation de femmes ayant à leur actif un enfant porteur d'un handicap neurologique ou d'une arriération profonde n'est pas simple, mais quand il faut reprendre par le détail toutes les circonstances souvent très dramatiques de l'accident, c'est très difficile à vivre pour elle et pour tous ceux qui l'assistent.

A ce stade, il nous a paru nécessaire de rechercher de l'aide, c'est dans ces circonstances que se constitua l'équipe avec la psychanalyste.

Celle-ci avait une position de chercheur et non de thérapeute. Elle avait longtemps travaillé sur la psychose infantile et était préparée aux thérapies familliales.

C'est dans le cadre de ce travail préalable qu'elle avait elle-même posé l'hypothèse de l'installation très précoce de projection des parents concernant leur enfant. Elle avait pensé qu'il serait peut-être possible d'analyser ces projections avant même la naissance et peut-être alors de les modifier. Elle venait donc avec une hypothèse sur la prévention de la psychose infantile pendant la grossesse. D'où son intérêt de venir travailler avec un accoucheur compréhensif et surtout demandeur.

Notre objectif a alors été de constituer un outil d'observations qui nous permette d'aller plus loin et peut-être de traiter et de prévenir, et nous avons réalisé le binôme de consultation, outil technique inhabituel dont je vais décrire le fonctionnement.

Il s'agit d'une structure de collaboration entre le gynécologue accoucheur et le psychanalyste chercheur.

Concrètement, les patientes reçues dans cette clinique sont celles adressées pour des antécédents obstétricaux catastrophiques, c'est-à-dire mon recrutement personnel.

La patiente est reçue par deux interlocuteurs en blouse blanche, le gynécologue accoucheur et le chercheur psychanalyste présenté comme un collaborateur. Cette situation est tout à fait habituelle dans notre exercice hospitalier où la présence d'un tiers, étudiant en particulier, est usuelle.

Le gynécologue travaillant sur deux bureaux de consultation, mitoyens, laissait la patiente en tête à tête avec le psychanalyste de 10 à 20 minutes. Le début de l'entretien portait sur les questions habituelles qui sont abordées dans une consultation prénatale. Ensuite, un temps important était consacré à un entretien non directif où la femme pouvait aborder toutes les questions qui la préoccupaient.

Les consultantes étaient revues par la même équipe, à intervalle d'un mois ou moins, et elles apprenaient vite à connaître l'équipe.

Bien entendu, dès qu'elles posaient une question sur l'identité du chercheur, il leur était répondu clairement qu'il s'agissait d'un médecin psychanalyste, cherchant à comprendre les problèmes difficiles.

Il est apparu très vite que les patientes qui n'auraient jamais demandé une aide psychologique ou psychanalytique étaient très heureuses de pouvoir déverser dans une oreille attentive, leur trop plein d'angoisse mal entendue ou mal écoutée par les médecins habituels, faute souvent de temps, de disponibilité ou d'intérêt.

Sur des questions simples, des développements incroyables avaient lieu. En fait, les femmes enceintes se sont mises à parler quand il y a eu quelqu'un pour les entendre.

La patiente percevait très clairement que la relation ainsi proposée était inhabituelle, mais qu'elle était respectueuse de son désir de grossesse. Notre façon de faire aurait été intolérable si elle avait été perçue seulement comme une curiosité.

La répétition de l'écoute analytique était du choix de la patiente qui pouvait accepter ou refuser d'être reçue dans le cabinet de consultation où marchait le binôme.

Le psychanalyste assiste le médecin, rattrappe la balle au bond s'il y a lieu, perd son temps si rien ne vient. Le psychanalyste n'est là que pour entendre, et élaborer secondairement le matériel apparu.

Le dispositif ne marche que s'il donne satisfaction aux divers participants. Nous n'avons eu, en cinq ans de fonctionnement, qu'une seule protestation sérieuse d'un mari. Il s'est plaint d'avoir été entendu par un psychanalyste, sans avoir été prévenu, comme s'il s'était agi d'une façon d'approcher des secrets habituellement enfouis.

La patiente écoutée et guidée peut alors être amenée à formuler elle-même des hypothèses étiologiques, à faire des rapprochements riches de sens avec son histoire personnelle. Un exemple : « Une patiente hospitalisée en urgence pour fissuration de la poche des eaux (et qui, grâce au repos, a pu néanmoins conduire sa grossesse jusqu'à un terme correct et accoucher d'un enfant en bon état) a fait avec l'analyste tout un travail de remémoration où elle mettait en parallèle son état actuel (son lit trempé de liquide amniotique) et les derniers jours de la vie de son père, atteint d'un ictus apoplectique avec incontinence d'urine. Elle avait six ans à cette époque. On peut admettre que son amélioration clinique observée était due autant au repos qu'à la « domestication » de ces souvenirs traumatiques qu'elle n'avait jamais confiés à quiconque ».

Ces découvertes ne peuvent être *efficaces qu'à la condition d'être formulées par la patiente elle-même et non injectées de force par le médecin ou le psychanalyste, sinon il s'agirait d'une interprétation sauvage dont on connaît les dangers.*

Pour le gynécologue accoucheur, cette présence continue et cette interprétation des relations avec les patientes a apporté un très grand bénéfice, et il a grandement apprécié cette collaboration. Il a même été très marri quand le chercheur, allant plus avant dans le cours de sa recherche, a créé la même consultation en binôme pour la stérilité en quittant la consultation des grossesses ! Le prix à payer par le gynécologue accoucheur était de se voir observé, contrôlé en quelque sorte, en tous cas mis en question. Le prix aussi était que chaque consultation durait plus longtemps.

Cette consultation, en revanche, satisfaisait sa curiosité pour les processus psychiques inconscients en œuvre chez la patiente, mais aussi, dans ses propres attitudes spontanées, et ces questions étaient discutées après chaque patiente. Cela donnait l'avantage remarquable d'un temps de réflexion.

Cette approche a permis au chercheur de profiter du transfert médical installé qu'il utilisait comme un cheval de Troie, pour entamer une relation qui sinon aurait été impossible ou très difficile.

Le dispositif ne marche que si les participants ont du respect l'un pour l'autre et s'ils partagent un projet de connaissance et de traitement. Nous avons vécu d'autres échecs du binôme, et nous avons appris ainsi qu'il ne s'agissait pas d'une recette facile.

Notre binôme a ainsi fonctionné, sur cinq ans, recevant plus de 100 femmes nouvelles par année.

Ce travail a permis diverses découvertes. La plus importante était que la grossesse avait une composante psychique que nous avons nommée le projet d'enfant, au moins aussi importante que la composante purement physique, à laquelle nous sommes habitués, et qu'il est possible d'étudier.

Nous avons été amenés à distinguer le désir d'enfant du désir de grossesse. De nombreuses femmes expriment le désir clair d'avoir une grossesse, pour le plaisir, pour l'impression de complétude, pour la démonstration de leur capacité de femme, pour leur affirmation de non stérilité.

Elles veulent prouver souvent la fausseté d'un doute sur elles-mêmes, introduit par un membre de la famille, par les parents, par un médecin, par un ami, et la parole de malédiction de stérilité est très puissante. Mais elles ne sont pas prêtes du tout à accorder une autonomie à cette « chose » qui va résulter du processus de la grossesse et de l'accouchement. Elles n'ont aucun projet pour l'enfant, il n'existe pas d'enfant imaginaire.

I. *Relation entre non désir d'enfant et prématurité.*

	Prématurés			Total	Témoins			Total
Nombre de consultations	0	1-2	3 et +		0	1-2	3 et +	
Refus de répondre %	173	56	136	365 22,3	60	11	80	**151** **16,6**
Non %	37	128	251	416 25,4	9	9	159	**177** **19,5**
Oui %	29	193	636	858 52,3	8	18	552	**578** **63,8**
Total	239	377	1 023	1 639	77	38	791	906

'après Levy C. L'accouchement prématuré. Instituts d'Etudes Démographiques. Travaux et documents ahier nº 84. Paris : Presses Universitaires de France, 1978.

La discordance de ces désirs peut avoir une puissance explosive pendant la grosssesse, elle peut être parfaitement perçue à l'occasion d'un symptôme, de quelque chose qui ne va pas, d'une menace d'accouchement prématuré en particulier. Nous avions mesuré cette relation de non désir d'enfant et de la prématurité dans l'Enquête Nationale de l'Institut d'Etudes Démographiques (Levy C. 1978). Sur 1639 mères de prématurés et 906 témoins, 25 % des mères de prématurés n'avaient pas prévu ni désiré cette grossesse, contre 19 % chez les témoins. De plus, les mères de prématurés ne font pas suivre leur grossesse et cette absence de suivi est nettement plus marquée quand il n'y avait pas de désir exprimé de grossesse (tableau I).

La différence la plus importante observée entre mères de prématurés et mères de témoins porte sur ce point très précis.

Même quand le désir à l'origine était absent et la grossesse non programmée, les mères de témoins font suivre leur grossesse, alors que les mères de prématurés ne le font pas. Et pourtant, elles ne demandent pas une interruption de grossesse. Elles sont incertaines, et l'accident, la prématurité va venir révéler leur ambivalence. La prématurité est le résultat d'une transaction inconsciente entre les désirs contradictoires. Cette notion de transaction possible est tout à fait intéressante sur le plan de la prévention, car elle est négociable avec la femme.

Il peut s'agir d'un retard de croissance in utéro comme il a été exploré ensuite par Anne Raoul Duval. Elle a retrouvé très souvent cette absence de projet d'enfant chez les femmes ayant une hypotrophie sans cause médicale reconnue et dépistée pendant la grossesse.

La relation entre le désir d'enfant et la maltraitance d'enfant n'est pas encore bien clairement analysée. Il est connu que près de 30 % d'enfants maltraités sont nés prématurément selon Kreisler.

Nous avons eu nous-mêmes l'exemple dramatique d'une mère ayant consulté dans le service pour demander une interruption tardive de grossesse qui lui fut refusée et que nous avons revue après la mort par maltraitance de cet enfant refusé.

Nous avons retrouvé cette discordance du désir de grossesse et du désir d'enfant dans de nombreuses autres circonstances. On peut dire qu'il s'agit d'un fait presque patent et très fréquent dans les demandes d'interruption volontaire de grossesse. *Le refus inconscient de l'enfant peut se rattacher à des mécanismes variables que nous avons découverts peu à peu.*

L'ambivalence peut être liée à la *place de cette femme dans la filiation.* Elle n'est pas prête à accepter de jouer le rôle de sa mère, elle ne s'imagine pas dans le rôle de celle-ci et elle va nier cette possibilité. Les conflits violents mère-fille ont marqué très souvent son histoire, et il n'est pas question pour cette femme d'être à l'image de sa mère et d'avoir un enfant. *L'ambivalence du désir à l'égard de l'enfant peut* venir illustrer *une relation particulière du couple installé dans une complémentarité de l'un pour l'autre telle qu'il n'y a pas la place pour un étranger, pour un troisième larron qui va altérer l'équilibre parfait obtenu.*

Cette ambivalence du désir d'enfant *peut être la manifestation extrême de la crainte d'un accident atteignant l'enfant à* venir. Il s'agit de femmes ayant vécu dans l'entourage proche d'un enfant arriéré mental ou handicapé, ayant participé à son élevage comme sœur ou cousine. *L'ambivalence à l'égard de cet enfant à venir peut être liée au souvenir de la précédente naissance* et à la terreur d'être malgré soi soumise à la compulsion de répétition. L'interrogatoire soigneux après une première grossesse catastrophique devrait faire rechercher, par tout obstétricien, les signes cliniques évidents d'une névrose traumatique post-obstétricale : les cauchemars répétitifs reproduisant le premier accouchement, et la fixation mentale douloureuse à ce drame. Ces signes simples sont très faciles à mettre en évidence, il suffit de demander.

Il s'agit de ces accouchements qui se sont passés si mal qu'il en reste plus qu'un souvenir effroyable. L'approche du terme se marque par l'apparition de symptômes nouveaux. L'écoute attentive révèle que cette femme cauchemarde

et se réveille en sueurs et revivant en rêve la précédente naissance. Nous avons montré que la névrose traumatique post-obstétricale pouvait être grave quand elle est négligée, mais aussi qu'elle pouvait être prise en charge et son mécanisme détente percuteur démonté comme on démonte une arme à feu.

Le mécanisme du refus involontaire peut être plus difficile à percevoir quand la grossesse est la manifestation jugée comme impossible d'un désir œdipien. Ce niveau de compréhension ne sera jamais tout à fait perçu lors de la consultation en binôme. Il n'est révélé que si une aide psychothérapeutique est demandée par la patiente quand devient manifeste le fait qu'elle désire un enfant impossible. La consultation en binôme a réalisé son travail quand elle fait percevoir à la femme le besoin d'une approche complémentaire et en particulier d'une psychothérapie de soutien pendant sa grossesse, au minimum.

Cette relation avec l'enfant impossible a été redécouverte dans d'autres circonstances. Elles est fréquemment observée dans les cas de stérilité des couples, décrite par un autre membre de notre équipe, Mme Françoise Cahen. Elle avait démontré dans son travail que l'enfant impossible pouvait être le fait aussi bien du mari que de la femme.

La seconde découverte était qu'il existait de multiples manifestations de l'inconscient pendant la grossesse et que nous n'étions pas entraînés à les observer.

En particulier les procédures de l'inconscient peuvent se révéler par des coïncidences remarquables portant sur la date de la naissance. Il s'agit de la date probable calculée en consultation. L'écoute orientée a permis de découvrir que très souvent cette date avait une signification cachée, elle survient à la date anniversaire d'un événement marquant de la vie de cette femme. Le dernier exemple que je viens d'observer est le suivant.

« Cette femme, ayant une stérilité secondaire, qui a divorcé après une longue procédure conflictuelle et s'est remariée, va accoucher à la date anniversaire de son premier mari, et elle juge cette date comme intolérable. Nous avons très souvent retrouvé un tel effet commémoratif. Quand la date commémore une mort, une naissance d'enfant arriéré, la femme ne supporte pas que cette coïncidence survienne et fera à son insu tout pour l'empêcher, car tout se passe à son insu tant que rien n'est verbalisé, non par nous mais par notre intervention qui l'amène à découvrir elle-même et la commémoration de son caractère intolérable ».

L'étude des prénoms retenus est aussi là encore très riche d'enseignements. La discussion à leur propos permet de mieux comprendre le projet de la filiation. Les jeux de mots sont très fréquents, les anagrammes inconscients, en particulier l'histoire des Papes martyrs.

La révélation des avatars du désir d'enfant pendant la grossesse a été une surprise. *Elle nous a permis de comprendre que la grossesse était un processus au moins autant psychique que physique.*

Ce qui nous semble intéressant, c'est que la femme enceinte fasse cette même découverte avec nous. Elle a questionné son désir, découvre des contradictions, elle discute d'événements marquants de sa vie personnelle. Elle fait des interprétations personnelles, elle propose des étiologies qu'elle a découvertes. Elle a été aidée par les rêves, les cauchemars, les jeux de mot et de dates attendues de la naissance.

Cette écoute orientée et cette sensibilité à l'histoire antérieure de cette femme nous ont paru intéressantes. Nous avons pu profiter de ce que les psychanalystes nomment la crise de grossesse, la « Maternalité » pour prendre le terme introduit par P.C. Racamier, marqué par une particulière labilité psychique et par la facilité de l'émergence des processus de l'inconscient.

Il nous a semblé que cette approche pourtant superficielle, avait permis à certaines femmes d'éviter de manifester dans un autre accident de grossesse la persistance d'un conflit latent. La prise de conscience avait fait son travail et notre hypothèse voyait là sa justification.

II. *Mortalité périnatale et récidive*

	Antécédent de mortalité périnatale		Récidive avec mort né		Récidive avec mort néonatale	
Année	Suivies	Non suivies	Suivies	Non suivies	Suivies	Non suivies
1976	67	12	0	0	0	0
1977	68	10	1	0	1	0
1978	75	11	0	0	0	0
1979	—	—	—	—	—	—
1980	79	17	0	0	1	0
1981	88	11	1	0	0	1
Total	377	61	2	0	2	1

Récidive chez les femmes suivies : 4/377 = 1,06 %
Récidive chez les femmes non suivies : 1/61 = 1,63 %

Nous avons constaté d'abord comme tout le monde qu'il y avait un risque important de récidive des échecs, ou d'un événement fâcheux, du même ordre ou d'une autre nature que l'accident obstétrical initial (tableau II). Rumeau Rouquette, dans l'analyse de 12 000 naissances de maternité parisienne, décrit un risque de récidive de mort-né de 88 %.

Nos résultats se sont améliorés progressivement. Les grossesses suivant l'accident sont devenues plus simples, aboutissant à une réussite avec peu de besoins de médicalisation.

Depuis la fin de ce système du binôme, cette consultation à très haut risque a continué avec un recrutement s'élargissant par le nombre.

Il apparaît que le système continue à marcher sans la présence continue d'un psychanalyste, l'équipe médicale ayant seulement appris à reconnaître la valeur de symptômes jusque-là méconnus, la structure en binôme ayant rempli son rôle pédagogique. Nous avons gardé l'habitude de poser des questions sur la filiation, ou, comment vous entendez-vous avec votre mère, les analyses des dates commémoratives.

Nous essayons d'écouter le projet d'enfant, de comprendre s'il est absent, flou ou mal structuré, s'il s'agit de désir de grossesse ou vraiment du désir d'enfant. Si nous ne parvenons pas à aller plus loin nous-mêmes, le problème peut être discuté avec l'un des psychanalystes travaillant dans le service. C'est la même évolution qu'a suivi la consultation de stérilité où plusieurs binônes s'étaient mis en place.

Ainsi nous avons pris le temps de faire une description de notions apparemment non scientifiques. L'introduction de cette approche par les sciences humaines nous rappelle que le mot « science » n'est pas réservé à ce qui est quantifiable, seulement. Bien sûr, cette approche nouvelle ne nous a jamais fait perdre de vue l'horizon et notre projet.

Nous sommes en charge d'un service avec 2 400 naissances par an, et nous pouvons mesurer les résultats de nos actions. Il est, bien sûr, très difficile de faire la part spécifique de cette action psychologique parmi toutes les autres actions entreprises sur l'ensemble des résultats d'un service.

Cependant l'analyse de critères précis nous paraît nécessaire et indispensable. Ainsi, nous avons étudié le groupe des femmes ayant un antécédent d'accouchement prématuré. Le taux de récidive après une naissance prématurée est de 40 % pour Keirse M. (1978) et de 27 % pour Bakketeig L. (1981).

Sur cinq années d'étude des naissances dans le service 453 femmes ayant un antécédent d'accouchement prématuré (sur 6 553 femmes ayant déjà accouché) et suivies au moins une fois avant 28 semaines à la maternité, nous avons observé 9,7 % de récidives de prématurité. En revanche, sur 44 femmes ayant le même antécédent mais adressées tard, sur 511 multigestes, venues après 28 semaines, on retrouve le taux de récidive décrit dans la littérature, 27,3 % (Papiernik E., Maine D., Rush, à paraître).

La protection contre la récidive de l'accident est encore plus nette pour l'antécédent de mort périnatale puisque sur 377 femmes suivies ayant cet antécédent, on ne note que 4 récidives de mort périnatale.

Il est d'autres problèmes de grossesse qui peuvent être abordés par l'analyse du désir d'enfant.

Son intérêt porte sur un thème qui sera à nouveau abordé, celui de l'attitude de la femme enceinte confrontée à la découverte d'une anomalie du fœtus suspectée à l'échographie.

Ce qui nous a le plus frappés, c'est la persistance de la relation de la mère avec l'enfant imaginaire, avec le projet d'enfant malgré toutes les modifications de la technique.

Il n'y a pas si longtemps, il était évident pour tous que l'enfant à venir n'avait de réalité pour la mère que lors de la naissance. Avant celle-ci, il s'agissait d'une perception interne, de quelque chose provoqué par l'enfant, par ses mouvements, que la mère ne savait jamais bien interpréter, étrange sensation pour laquelle elle se demandait jusqu'à la fin s'il s'agissait d'une contraction ou d'un mouvement, s'il s'agissait d'elle ou non pas d'elle.

Cette relation a changé pour tous les professionnels qui se sont occupés de femmes enceintes, pour eux le fœtus in utero est un être autonome. Il était évident d'entendre le rythme cardiaque d'un enfant avec un doppler ultra-sons, d'enregistrer le rythme cardiaque d'un individu différent de la mère, de voir parfaitement un être humain par les ultra-sons. On peut même découvrir son sexe par les résultats d'un caryotype ou par l'échographie.

Le problème apparaît crucial quand se produit une anomalie du cours de la grossesse, quand on suspecte une maladie fœtale grave ou une malformation congénitale.

L'équipe soignante s'occupe médicalement de cet individu qu'est le fœtus in utero, il n'y a pas de problème.

Mais, pour la mère, c'est tout à fait différent : son projet est altéré, son désir est contesté. L'anomalie est une atteinte à l'enfant imaginaire. « Ce n'est pas grave, on peut abandonner un projet, on peut en faire le deuil facilement, on peut changer de projet ». Et c'est là ce que nous disent les mères et qui nous choque profondément. Nous ne comprenons pas la situation de cette façon. L'équipe soignante se comporte comme elle le ferait avec un enfant déjà né.

Sur la façon dont se comportera la mère après la naissance, on sait que dans la plupart des cas, une malformation sera acceptée quand l'enfant est déjà né. Sa réalité, son aspect humain, sa ressemblance, sa place dans la lignée lui assurent son autonomie et le respect de ses parents.

Les parents font le deuil de la malformation et acceptent la réalité. Du moins le plus souvent, nous savons que l'altération de la relation précoce mère-enfant peut être dangereuse. Il s'agit là du même mécanisme.

Pendant la grossesse, le rejet est le plus souvent observé. Les parents nous demandent une terminaison thérapeutique et même l'exigent pour des malformations que nous avons jugées réparables ou non dangereuses. Nous avons su que des femmes à qui nous avons refusé raisonnablement une terminaison tardive de grossesse l'ont obtenue ailleurs, tant était grande leur conviction.

Pendant la grossesse, le désir et sa force priment sur la réalité physique.

Nous vous proposerons pour terminer, d'accepter la paraphrase de la première phase de la genèse « au commencement était le verbe » par : « au commencement était le désir ».

Pour en savoir plus

Bakketeig LS, Hoffman HJ. Epidemiology of preterm birth results from longitudinal study of birth in Norway. In : Elder MG, Hendricks CG, eds. Preterm Labor. Butteworths, 1981 : 17-46.

Keirse MK, Rush RW, Anderson AB, Turnbull AC. Risk of preterm delivery in patiens with previous preterm delivery and/or abortion. Br J Obstet Gynaecol 1978 : 85 : 81-5.

Kreisler L. Les répercussions psychologiques lointaines dans la néonatologie à risque élevé. In : Journées parisiennes de pédiatrie. Paris : Flammarion, 1979 ; 385-94.

Kreisler L. L'enfant du désordre psychosomatique. Paris : Privat, 1981.

Levy C. L'accouchement prématuré. Compte rendu d'une enquête socio-démographique. Travaux et Document de l'Institut National d'Etudes Démographiques. Cahier 34. Paris : PUF, 1978 ; 166.

Papiernik E, Bydlowski M. La névrose traumatique post obstétricale, signal symptome dans la prévention des accidents périnatals. Med Hyg 1978 ; 36 : 352-4.

Papiernik E, Maine D, Rush D, Richard A. Prenatal care and the prevention of preterm delivery. Am J Obstet Gynaecol (in press).

Racamier PC et coll. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. Evol psychol 1962 ; 4 : 525-70.

Rumeau-Rouquette C, Bréart G, du Mazaubrun C, Crost M. Naître en France. Enquête nationale sur la grossesse et l'accouchement, 1972-1976. Paris : Inserm, 1979 ; 89.

Désir d'enfant du côté maternel

Monique Bydlowski

Désir d'enfant est un terme ambigu qui renvoie au moins à deux significations, l'une consciente et l'autre inconsciente. Au plan conscient, raisonnable, désirer un enfant signifie se situer parent, comme ceux qui nous ont précédés ; élever auprès de soi cet « étranger familier », son propre enfant ; et aussi se perpétuer, dépasser son propre destin, *jouer le germen immortel contre le soma périssable*. Ce vœu de perpétuation est en partie imaginaire, mais il semble fonder la malédiction qui frappe les sujets stériles dans la plupart des cultures.

Par ailleurs, souhaiter un enfant connote, comme tout désir humain, des significations inconscientes, méconnues de ceux qui les expriment. Notre travail de psychanalyste sur le lieu d'une maternité, d'une consultation de femmes enceintes a été de tenter de les déchiffrer.

Le choix de la grossesse comme moment d'étude des significations inconscientes du désir d'enfant se justifie, car elle constitue une étape privilégiée dans la vie féminine. D'autres auteurs [1, 2] ont déjà montré que la grossesse était un moment de transparence psychique, une période de plus grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'irruption de l'inconscient dans le conscient sans pour autant que la femme ne bascule dans la psychose. En ce sens, la grossesse a pu être comparée à l'adolescence comme période intégrative dans la vie du sujet. Enfin, la grossesse nous paraît pour notre étude, un moment-clé, car un moment fugitif et irreproductible d'attente de réalisations de désirs qui ont été inconsciemment projetés sur l'enfant en question.

Un premier repérage est de différencier le désir d'un enfant comme sujet distinct de soi, du désir de grossesse. Bien des grossesses n'ont d'autre finalité qu'elles-mêmes. Le projet inconscient est alors d'être enceinte, d'éprouver ce sentiment de plénitude, sans projet d'enfant à son terme. De telles grossesses peuvent conduire à des demandes d'avortement, voire à une contraception par avortements répétés :

l'acte d'extraction du fœtus confortant la femme dans cet « en plus » qui vient à lui pousser et qu'elle peut se faire ôter.

Un autre repérage du désir d'enfant, est celui de l'enfant imaginaire. L'enfant imaginaire est celui dont toute petite fille a rêvé. Il est l'enfant supposé tout réparer, tout combler : deuil, solitude, destin, sentiment de perte. Le désir d'enfant est le lieu de passage d'un désir absolu, car l'enfant est pour la femme l'objet par excellence. Jusqu'à la naissance, l'enfant reste imaginaire, impossible à représenter, malgré les progrès de la technique audio-visuelle. L'ouïe et la vision (les bruits du cœur et l'image échographique) alimentent le moteur à fantasmes, mais rien ne remplace l'expérience du corps à corps qui s'instaure à la naissance. Cette expérience sensorielle prime les autres et donne seule son statut d'objet réel à l'enfant. Donc, ce que la femme enceinte entoure de ses bras, c'est un ventre, pas un enfant ; un ventre porteur de tous les mystères, même si d'expérience elle sait que ce n'est qu'un enfant. On a même rapproché les tortures exercées sur des femmes enceintes (en Argentine par exemple) du désir fou d'un savoir sur l'intérieur de ce ventre.

Si maintenant nous interrogeons la théorie freudienne, nous constatons que S. Freud [3] est bref sur la question du désir d'enfant. Il le rapporte au désir d'obtenir du père le pénis, désir relayé par celui d'en avoir un enfant ; l'enfant devenant l'ersatz du désir de pénis. Cette proposition indique que le souhait incestueux intervient dans toute grossesse. Cette vérité prend des figures différentes chez chaque femme. Mais ce sont là des vues maintenant trop généralement admises pour que nous nous y arrêtions davantage.

L'œdipe n'est qu'un versant de la maternité. *Elle s'inscrit aussi sur le versant du même sexe.* En enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère ; elle la prolonge en se différenciant d'elle. G. Groddeck [4] écrivait déjà que les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant. Nous ajouterons que la haine ne permet pas de *s'inscrire dans la continuité ;* la vengeance barre la transmission. Sur le versant homosexuel de la maternité, enfanter, c'est reconnaître sa propre mère à l'intérieur de soi.

Cette problématique est le thème évangélique de la Visitation. Dans Saint Luc, on lit que peu après l'Annonciation faite à Marie de la conception en son sein du fils de Dieu, elle rend visite à Elisabeth, elle-même miraculeusement enceinte malgré son grand âge et sa stérilité. Dès qu'Elisabeth eut entendu la salutation de Marie, l'enfant tressaillit dans son sein.

C'est de femme à femme que Marie vient dire sa grossesse miraculeuse et c'est la Visitation de Marie porteuse de la parole de Dieu, porteuse de l'enfant engendré au nom du Père, qui donne vie/tressaillement, et jouissance/allégresse, dans le corps d'Elisabeth âgée et stérile, à l'enfant dont elle doutait encore.

Qu'il soit nécessaire d'avoir ou d'avoir eu référence à une image maternelle pour enfanter, c'est l'évidence. La clinique en témoigne ; la présence traditionnelle de femmes (sages-femmes, matrones), auprès des accouchées l'institue. C'est l'ombre portée de la mère sur son enfant en voie de devenir mère elle-même qui constitue cet arrière-plan réel ou virtuel sur lequel elle s'appuie. Celle qui prendra soin de l'enfant si elle-même vient à défaillir, la seule femme à qui une mère puisse confier son enfant sans arrière-pensée, est sa propre mère *idéalisée.* Il s'agit bien d'idéalisation, car souvent on voit s'établir cette confiance alors que d'intenses conflits ont marqué la relation mère-fille jusqu'à cette date. Par l'enfantement et surtout par le premier enfant, une femme règle sa dette à l'égard de sa propre mère (on voit souvent des femmes qui littéralement donnent leur premier enfant à leur mère). Inversement, l'avortement a souvent ce sens de tuer la mère en soi ; inscrite dans une haine maternelle déclarée, plutôt avorter, voire se mutiler que laisser s'installer à l'égard de sa mère une dette qu'il faudrait reconnaître... reconnaître que le tout premier enfant c'est de sa mère qu'on l'a désiré.

En outre, pour conduire à terme une grossesse il faut assumer que le miroir narcissique se trouble, que l'image de la jeunesse que jusque-là il reflétait, se brise pour laisser entrevoir un autre reflet, le reflet identificatoire à la mère vieillissante, l'approche implicite de sa propre mort. Ne dit-on pas des enfants qu'ils vous poussent à la tombe ? La stérilité permet cette économie ; le maintien intact de l'illusion de l'éternelle jeunesse, le refus de s'inscrire dans une lignée de femmes par non reconnaissance de la dette maternelle. On peut remarquer que cette question du vieillissement en miroir que renvoit l'état de grossesse dépend sans doute de la façon dont la mère de la femme enceinte a narcissiquement ressenti ses propres gestations. Certaines femmes s'y vivent défaites, et ce masque altéré se transmet identificatoirement. Pour d'autres, le corps alourdi est radieux. D'ailleurs dans certaines cultures, le sujet féminin comme procréateur est valorisé et l'inconscient n'est pas sans relations avec les canons esthétiques et culturels dominants. La question de l'ombre maternelle comme promesse de fécondité est un thème littéraire très connu. O. Rank en a fait le recensement [5]. H. von Hoffmanstal,

dans « La femme sans ombre », développe ce sujet de façon poétique. Il conte l'histoire d'une impératrice magique qui n'a pas d'ombre et ne peut enfanter. Elle comprend un jour que posséder une ombre c'est pouvoir transmettre la vie, car c'est avec son ombre qu'on rembourse à la terre sa dette d'existence, comme si la vie n'était pas un cadeau gratuit, mais portait en soi l'exigence de rendre ce qui a été transmis et de reconnaître que le don de vie est promesse de mort. Ainsi, la dette à la mère prend corps dans le corps de l'enfant. Dans cet « entre deux femmes » de la maternité, il y a promesse du passage d'un corps déclinant dans le corps renouvelé d'un enfant à naître. Enfin, sur ce versant homosexuel de la maternité, nous entendons souvent, surtout chez de très jeunes femmes, orphelines ou abandonniques, le phantasme d'accoucher de sa propre mère, de se donner une mère en enfantant un bébé. Dans le langage courant, on entend souvent les femmes appeler leur bébé fille « petite mère ».

Nous allons envisager d'autres figures du désir d'enfant.

Les rapports particuliers qu'entretiennent certaines conceptions avec le deuil

Il arrive que la disparition soudaine d'un parent ou d'un être cher coïncide avec une conception involontaire. La recrudescence du besoin sexuel, l'accroissement libidinal après un deuil *objectal*, la *« fête maniaque »* est un fait clinique maintenant classique. Selon M. Torok [6], l'irruption libidinale triomphante au moment de la perte de l'objet serait même un phénomène répandu, voire universel.

Il paraît clair dans nos cas que la mort brutale du père, d'un frère, ou l'annonce d'un danger de mort les concernant met en ébullition la pulsion sexuelle incestueuse ; la conception d'un enfant s'ensuit ; c'est une mise en acte ou plutôt une « mise en enfant ». Littéralement il n'y a plus de cadavre, il y a un enfant qui vient prendre sa place et faire barrage au deuil en tant que processus élaboratif éventuel. Il y a négation du deuil. Le cadavre s'enfouit dans l'enfant.

La non saturation du désir d'enfant par l'enfant

Si désirer c'est se représenter l'objet manquant, aucun objet réel (fût-ce un enfant) ne peut venir à satisfaire la représentation. A peine né, l'enfant réel est décevant... presque toutes les accouchées parlent déjà du prochain enfant qu'elles vont concevoir. C'est bien dire que l'enfant du désir manque encore à l'appel de la réalité. Mais l'espace de cette déception laisse aussi une place où l'enfant naissant pourra grandir.

La non saturation du désir maternel par un enfant vivant trouve une expression rituelle dans les coutumes qui concernent le placenta et le cordon. Seules nos sociétés évoluées font un triste sort à ce double palpitant que l'accouchée expulse quelques moments après l'enfant. Encore, dans certains cas, recueille-t-on le placenta pour en extraire la base de crèmes de beauté... Dans les sociétés primitives étudiées sous l'angle des coutumes de naissance [4], un rituel de deuil s'attache au délivre. Il est régulièrement enterré, incinéré ou immergé : il est le double mort de l'enfant vivant. Une trace de ces rites se retrouve dans la tradition de planter un arbre à la naissance d'un enfant, double végétal qui, chez les primitifs, se plante précisément sur le lieu d'inhumation du délivre. Cette tradition vient indiquer que tout enfant vivant connote un enfant mort au désir de sa mère ; que le désir inconscient maternel ne se satisfait complètement d'aucun enfant vivant.

Le Nirvana que peut représenter la grossesse

Bien des femmes accouchent à une date identique ou voisine de leur propre anniversaire ; d'autres ne peuvent donner vie à leur premier enfant qu'à l'âge exact de leur mère à leur propre naissance.

Faire renaître l'enfant qu'elle a été dans l'enfant qu'elle porte est un souhait (ou une crainte) souvent exprimé de façon plus ou moins explicite par la future mère. Le désir qui s'exprime là est celui de retrouvailles avec une oralité première. Etre grosse, c'est moins avoir un enfant qu'être soi-même l'enfant nourri dans l'ivresse de la satisfaction. Ce désir se réalise imaginairement et fugitivement au cours des derniers jours, où, dans l'imminence et la prémonition de la rupture (l'accouchement), se marque une pause nirvanique, instant fugitif d'envahissement par la libido narcissique et de retour à une béatitude originelle. Cet instant suprême n'existe peut-être qu'en fonction de son caractère éphémère et de la perte inéluctable que va créer la réalité de la naissance. Cette pause nirvanique fugitive de fin de grossesse s'observe plus volontiers chez des femmes aux structures orales et régressives. L'équilibre libido narcissique-libido d'objet ne va pas toujours dans ce sens. D'autres femmes se défendent contre l'angoisse de séparation d'avec l'enfant, qu'instaure la naissance, sur le mode d'une intense angoisse de castration au féminin, ce dont témoignent l'insomnie et la peur d'accoucher.

L'enfant perçu de l'intérieur

A la fin de la grossesse, la présence de l'enfant est l'occasion d'excitations endosomatiques. Au moment où la future mère perçoit ses mouvements actifs, il devient pure sensation interne (frémissement/frôlement/attouchement/grouillement/coups de pieds — « il fait du pied »). Ces perceptions sont parfois à l'origine d'une séquence stéréotypée : mouvements fœtaux actifs, sommeil, rêve d'orgasme et réveil brutal sous l'effet de contractions utérines/tentative d'expulsion de cet objet mobile et par trop érogène. En fin de grossesse, cette jouissance peut être source d'indicible angoisse, à ce moment fragile d'imminence de la perte d'une partie de l'intérieur de soi ; formule au féminin, de l'angoisse de castration. Au revers de cette situation, la phobie d'impulsion s'éveille souvent dès les premières perceptions actives. L'enfant de l'intérieur, objet mobile, pousse l'excitation à son acmé et tétanise la représentation pré-existante : la bascule se fait tantôt d'un côté vers l'orgasme, tantôt de l'autre vers la phobie.

De toute façon, cette histoire libidinale entre la future mère et son objet interne est une histoire d'amour sans objet, car seule la libido narcissique paraît en cause dans ces séquences.

Le désir porté sur l'enfant au travers de son prénom

L'inconscient parental s'exprime aussi par le choix du prénom, voire de la date de naissance. Le choix du prénom est l'occasion privilégiée pour les parents, penchés sur le berceau, ou dès avant la naissance, de donner libre cours à leurs souvenirs, à leurs associations d'idées, de mots et de noms, voire d'inventer de toute pièce un mot-nom.

S. Freud [7] indiquait que « chez le primitif, le nom n'est pas quelque chose de conventionnel et d'indifférent, mais un attribut significatif et essentiel » ; il ne fait qu'un avec la personne.

Beaucoup d'enfants sont dotés d'un grand prénom : prénom d'un ascendant significatif, prénom d'un saint, d'un héros légendaire ou romanesque, choisi intentionnellement ou non. Ce sont les Sarah, les Pierre, les Marie et bien d'autres. Elire un tel prénom c'est vouer l'enfant à un mythe qui bon gré, mal gré, va peser dans son capital de naissance et dont le sens se dévoilera peut-être comme élément de son destin, au cours d'une cure analytique. De nos jours, un certain climat culturel laisse penser aux parents que le pré-

nom a de l'importance ; certains s'y précipitent intentionnellement, d'autres, effrayés de cette responsabilité supplémentaire, tentent un camouflage du prénom signifiant par un prénom à la mode, volontairement insignifiant. Le prénom du héros ou de l'ascendant auquel l'enfant est voué vient alors en deuxième, voire en troisième place. Ailleurs, le camouflage est inconscient et s'opère par une manipulation littérale ou anagrammique du prénom. Ainsi, André peut donner Sandra et Michel se transformer en Manuel, Joël en Julien. Nous avons connu une femme qui avait nommé ses quatre enfants Alban, Agathe, Arnaud et Axelle. Bien des années plus tard, elle a relié sa prédilection pour le A initial avec le souvenir de la bibliothèque de son père, amateur et collectionneur de romans de Pierre Benoît dont les héroïnes dominatrices et cruelles ont un nom qui commence toujours par la lettre A.

L'ambivalence du désir d'enfant

En introduisant cette notion, nous indiquons qu'aux souhaits que l'enfant vive, peuvent s'associer les désirs inverses, qu'il ne vive pas. Les vœux de mort à l'égard des êtres chers font partie de notre vie quotidienne, et restent sans effet s'ils sont clairement énoncés. La petite fille le sait bien, qui dit à sa mère : « quand tu seras morte, j'épouserai papa », par exemple. Mais ces vœux de mort « normaux » à l'égard de ceux que nous aimons tendent à se refouler dans l'inconscient. Deux destins les guettent alors. D'une part, ils peuvent entraîner une idéalisation de l'objet : l'enfant. On sait que l'idéalisation est une formation réactionnelle efficace contre les pulsions destructrices. L'idéalisation de l'enfant lui fait porter la charge écrasante d'être parfait, d'être un enfant modèle, à la hauteur du désir que l'on a eu pour lui. C'est peut-être le poids de cette idéalisation qui rend certains enfants si difficiles à vivre !

D'autre part, une autre issue pour les vœux de mort est leur transformation en surprotection anxieuse. On connaît ces mères de nouveau-nés qui les réveillent pour s'assurer qu'ils sont vivants ou bien qui font la chasse aux microbes autour d'eux... bien en vain car c'est de leur inconscient qu'elles devraient le protéger ! Boris Vian a humoristiquement résumé cette situation en mettant dans la bouche d'une mère cette phrase concernant son nouveau-né : « je l'aime tellement que je ne pense qu'à ce qui peut lui arriver de pire » [8].

Le travail clinique avec des femmes enceintes ou récemment accouchées nous a montré l'importance des désirs inconscients engagés dans le désir d'enfant. Des pulsions nombreuses, complexes et souvent contradictoires participent au destin psychique de l'enfant à venir.

Références

1. Bibring GL. Some considerations on the psychological processus in pregnancy. Psychoanal Stud Child 1959 : 14 : 113-23.

2. Racamier PC. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. Evol Psychol 1961 ; 4 : 525-70.

3. Freud S. La féminité. Gesamnelte Werke : Fisher Verlag. 1916.

4. Groddeck C. Le livre du ça. Paris : Gallimard. 1963.

5. Rank O. Le double. In : Don Juan et le double. Paris : Payot, 1914.

6. Torok M. Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. Rev Fr Psychan 1968 : 32 : 4.

7. Freud S. Totem et tabou. Gesamnelte Werke : Fisher Verlag. 1914.

8. Vian B. L'arrache-cœur. Paris :Pauvert JJ. 1962.

Paternité et nouveaux pères (1)

Pères hier et aujourd'hui

A. Haynal

Le thème de la paternité, « devenir père » (fathering), a été mis à la mode par des courants idéologiques de la deuxième partie des années 60 et 70, paradoxalement en parallèle avec les mouvements de libération de la femme. La perception des rôles maternel et domestique des femmes a changé pour plusieurs raisons : la mortalité infantile ayant diminué, l'élevage des enfants occupe une moins grande proportion de la vie de la mère ; l'évolution industrielle a enlevé beaucoup de poids aux travaux domestiques, le planning familial et les nouveaux idéaux culturels ont limité l'étendue des familles ; le nombre accru des divorces a favorisé l'apparition de nouveaux *rôles* parentaux (beau-père, belle-mère) en même temps d'ailleurs que la responsabilité des *deux* parents pour le bien-être des enfants a été valorisée.

La coïncidence du mouvement féministe et d'autres courants d'idées des dernières décennies avec l'éclosion d'une littérature sur les pères s'explique peut-être par ce qui se passe plus en profondeur : les rôles paternel et maternel ont évolué, introduisant chez la femme, mais plus encore chez l'homme, une certaine insécurité. Le désir d'aboutir à de meilleures solutions correspond à des idéaux de la nouvelle génération qui remet en question les perspectives exclusivement « materno-centriques » tournant autour des attitudes et des responsabilités de la mère. Ceci nous amène à nous interroger, avec Nancy Chodorow, de l'Université de Berkeley [1] sur les « intragender differences and intergender similitaries », différences à l'intérieur du même genre (masculin et féminin) et ressemblances entre les genres, qui s'avèrent fondamentales pour tout examen des rôles parentaux. Les notions de « parenting », « être parent » (par exemple

(1) Conférence donnée au Colloque « La relation parent-enfant avant et après la naissance » - Fonds Universitaire F. Chalumeau, Genève, 19.11.1982.

dans le contexte de « parenting capacities ») ou de « fathering » — « être père » — mots difficiles à traduire en français — expriment le *processus* psychologique profond impliqué dans l'accomplissement des *tâches* liées au rôle social. *Privé* de cette possibilité, l'homme peut avoir le sentiment de ne pas pouvoir accomplir un stade psychologiquement important de son cycle de vie, qui confirmerait son statut d'adulte, et lui permettrait d'assouvir son désir de donner à la femme un enfant et de le prendre en charge dans un partage profond au sein du couple. L'évolution des *couples sans enfant* diffère de celle des couples avec enfant selon des critères sociologiques (carrière professionnelle des deux partenaires, taux de divorces, etc.), exprimant des vécus psychologiques plus difficilement saisissables à un niveau statistique [2, 3, 4].

Vulnérabilité du père

La vulnérabilité psychologique des hommes à l'époque de la grossesse de leur femme (que sauf erreur nous avons été l'un des premiers à mettre en lumière, en Europe continentale) [5] souligne l'importance des remaniements que la naissance détermine.

Trethowan et Conlon [6] se sont intéressés à la fréquence des manifestations morbides des maris de femmes enceintes en les comparant à celles d'une population de contrôle. Dans leur étude, ils font l'inventaire des troubles apparus chez 327 hommes mariés dont les femmes n'étaient pas enceintes et ne l'avaient pas été pendant les neuf mois précédents. 11 % des futurs pères présentaient, avec une fréquence statistiquement significative, davantage de troubles digestifs, inappétence, nausées, vomissements et autres, insomnies, irritabilité et maux de dents, troubles d'ordre psychologique.

Le point culminant de ces manifestations semble se situer autour du 3e ou 4e mois de la grossesse. Dans presque un tiers des cas, le tableau clinique s'efface avant l'accouchement ; dans les autres, les symptômes ne disparaissent qu'après la naissance de l'enfant et dans un tiers d'entre eux en étroite liaison temporelle avec celle-ci. Cette étude a attiré l'attention sur des manifestations psychosomatiques au sens large du terme et sur divers types de réaction en relation avec les processus génésiques de la femme ; elle montre que la paternité agit comme un stress affectif (souvent au sens positif, mais parfois aussi négatif). Gilbert Charbonnier, à Genève, dans une enquête sur 117 cas [7, 8] a trouvé dans 26 % des cas examinés des symptômes de ce type pour les mêmes

époques de la grossesse : prise de poids, troubles digestifs et baisse de la fréquence des relations sexuelles.

Wilhelm Busch a déjà mis en vers cette difficulté :

« Vater werden ist nicht schwer
Vater sein dagegen sehr... » (Julchen, 1877) (2)

Le renforcement de l'identité masculine lors du passage de deux à trois dans la famille (de l'intimité non partagée dans la relation duelle au partage de l'intimité avec la relation triangulaire) soulève des mouvements profonds, humains, de rivalité, de jalousie, d'envie, d'une part, de don, d'oblativité (3) d'autre part. Avec une série de patients que j'ai vus personnellement (manuscrit non publié), je me suis rendu compte que certains de ces troubles répondent très bien à une psychothérapie *focale*, pour autant que le thérapeute soit *conscient* de ce foyer dynamique d'insécurité liée au changement de devenir père et au défi que ceci comporte.

La couvade

Une certaine admiration romantique et mystique pour les aspects pittoresques de la coutume de la *couvade* ne devrait pas obscurcir l'essentiel de ce phénomène : la grande majorité des cultures a éprouvé le besoin de donner au père un rôle défini, rituel, au sujet duquel Sigmund Freud [9] rappelle sèchement : « Pater semper incertus ». C'est contre cette incertitude que la société lutte en lui *donnant* un rôle précis et en le *confirmant* dans ce rôle. La présence ou l'absence du père dans la salle d'accouchement me paraît une illustration de cette nécessité de définir le comportement qu'on attend du père à ce moment de la vie du couple. Je ne voudrais pas polémiquer sur l'opportunité de la présence ou de l'absence de l'homme à la naissance, ni sur les thèmes de l'assistance entre femmes, à travers l'histoire ou à travers les cultures : ces sujets seront exposés plus loin.

Au sujet de la coutume de la couvade, je voudrais brièvement rappeler qu'il s'agit d'une coutume très répandue ; on lit dans le Littré, édition 1962 (vol. 1, p. 1247) : « Se dit encore dans quelques parties de la France de la coutume bizarre en vertu de laquelle, quand une femme est accouchée, le mari se met au lit, prend l'enfant et reçoit les compliments de ses voisins ». Dans une forme de couvade, le père agit comme s'il ressentait les douleurs de

(2) Il n'est pas difficile de devenir père : par contre, de l'être...

(3) Caractère de la conduite infantile, dans laquelle l'enfant se trouve prêt à donner et non plus à s'approprier (Le Robert 1970 ; 349, supplt).

l'enfantement, il doit se mettre au lit et se plaindre. Dans une autre forme, il est soumis à un régime et à d'autres interdictions, par exemple la chasse ou des travaux exigeant des efforts physiques importants. Dans notre culture, la couvade est mentionnée par un grand nombre d'auteurs de l'Antiquité : Strabon, Diodore, Plutarque, Appolonius et Valerius Flaccus, Sicule, etc. ; elle apparaît dans un ancien fabliau français, « Aucassin et Nicolette ». Personnellement, j'ai pu la rencontrer en Malaisie (1975) et parmi des témoignages plus pittoresques, permettez-moi de vous citer celui du Dr Abély, ancien rédacteur en chef des Annales Médico-Psychologiques, qui m'écrivait en 1968 en m'autorisant à le publier : « Votre couvade existait encore en France il y a quelque 30 à 40 ans. Je me souviens qu'étant interne à Sainte-Anne, j'avais fait pendant les vacances quelques remplacements de médecine générale. J'avais été frappé spécialement dans les villages de la Montagne de Reims en 1924, par ce phénomène que j'avais retrouvé trois fois en un mois dans de petites agglomérations de vignerons. Après quelques demandes d'explication, il m'avait été dit que le cas était banal dans ce coin de France et que la couvade durait trois jours environ. J'avais retrouvé le même fait un an plus tard et une seule fois dans un village assez isolé de la Mayenne. Il était question de tenir compagnie à l'accouchée et d'éviter qu'elle ne se refroidisse. Naturellement, par mesure de prophylaxie anti-infectieuse, j'interdisais cette pratique sans grand espoir de succès ».

Changements de rôles

A l'époque actuelle, si nous voulons prévoir quelle sera l'évolution du rôle du père, il nous faut tenir compte de l'évolution probable de l'unité familiale, avec l'augmentation des divorces, des remariages, des familles à un seul parent, les changements de relations entre père et enfants vivant avec la femme divorcée, dans certains cas la quasi-adoption de l'enfant lors du remariage, c'est-à-dire des structures qui dépassent la famille nucléaire traditionnelle.

La position légale du père, autrefois marquée par son autorité, est devenue une position « nourricière » ; la famille qui, au XIXe siècle, était une unité à la fois de production et de consommation, est aujourd'hui exclusivement une unité de consommation ; une séparation très nette s'est dessinée entre l'activité productrice et domestique, entre domicile et lieu de travail, le statut purement productif et domestique de la femme s'est transformé de plus en plus en statut de « gagneur de pain ». La fréquence grandissante des femmes

qui gagnent leur vie change les bases économiques de la famille. Qu'on soit pour ou contre (il s'agit de faits), l'évolution des données économiques a entraîné celle des données sociales. Comme dans toutes les époques de transition, les modèles deviennent flous, plusieurs schémas cœxistent et les individus sont rendus insécurisés par l'absence de « codes », rendant difficile leur orientation. Les droits et les devoirs parentaux se sont profondément modifiés : quelle est encore l'interprétation du quatrième Commandement, en quoi consiste « respecter ses parents » ? Que peut-on demander dans cet échange qui marque le processus éducatif, l'introduction de ses descendants dans la vie sociale ? Puisque la punition a presque disparu, que reste-t-il des possibilités pour les parents de marquer certaines *limites,* et l'absence de limites peut elle être une bonne introduction à une vie qui n'en manque pas ; ou bien seul le style a-t-il changé et les problèmes de base demeurent-ils les mêmes, le territoire balisé à l'intérieur de ces barrières est-il seulement devenu plus grand et les potentiels de l'individu moyen ont-ils augmenté par rapport au passé ? Le problème des *limites* avait mauvaise presse dans le climat social des années 60 et 70 : les limites biologiques de la femme enceinte, celle qui accouche et qui allaite, les limites biologiques de l'homme également, comme en témoigne l'envie de l'homme pour les capacités génitrices de la femme et ses fonctions [10, 11, 12, 13, 14] : pratiquement dans chaque psychanalyse approfondie d'un homme, on retrouve ce ressort profondément ancré dans la nature humaine, l'envie — et entre autres l'envie des capacités qu'on ne possède pas et qu'on ne pourra jamais posséder (envie qui sous-tend d'ailleurs le phénomène du *transexualisme* [15, 16]). Pour la sensibilité psychanalytique, accepter ses propres *limites* est une tâche toujours très difficile, notamment par rapport à des limites qui marquent la *différence :* la différence des sexes ou des générations. Un discours sur le père, sur le changement de son rôle à travers l'histoire, ne paraît pas possible si l'on ne tient pas compte de ces notions de limites et de différences.

Parce que ce changement (le structuralisme nous l'apprend) se meut à l'intérieur d'un système, à l'intérieur de certaines variables : distance ou proximité, limites ou permissivité désignent des axes le long desquels, selon les cultures et les époques, différents équilibres deviennent possibles. Même le mot *« permissivité »* implique l'idée de la *permission,* donc de *l'autorité* de l'autre ; il marque une position extrême par rapport à ce problème dont nous nous occupons. Distance, proximité ne sont également que des positions dans le continuum de la recherche de l'intimité ressentie comme désirable, convenable et juste.

On pourrait dire que les termes de l'équation restent les mêmes lorsque leur grandeur varie. Ainsi les données fondamentales de l'interaction familiale paraissent être fixes, même si leur arrangement aboutit à des configurations différentes. Comme Roheim l'a montré dans son livre « Psychanalyse et anthropologie » [17] au sujet de la constellation œdipienne dans une perspective transculturelle, la proximité ou l'éloignement entre mère et enfant, à tous les âges, peut varier d'une société à l'autre ; le rôle de l'interdicteur ou de celui qui s'interpose dans cette relation peut être assumé par différentes personnes, mais proximité-interposition restent une donnée fondamentale qu'on retrouve dans chaque organisation sociale étudiée.

En d'autres termes, la *structure familiale* est une structure élémentaire et les changements *à l'intérieur du système* se compensent. Par exemple, lorsque la distance entre père et enfant diminue, la distance mère/enfant augmente et les problèmes qui étaient polarisés d'une certaine manière dans la société traditionnelle, se présentent différemment à l'enfant et sont métabolisés autrement à l'intérieur d'une structure familiale moderne, tout en restant les mêmes. Le schéma classique dérivé de la famille de la fin du siècle dernier : proximité avec la mère et interdiction par le père, se médiatise d'une autre façon dans le contexte des « nouveaux pères ». En nous appuyant sur certaines idées des anthropologistes structuraux, notamment de Margaret Mead [18], nous pouvons penser que les valeurs de la société (les « comportements souhaitables », les issues désirables) modifient par « rétroaction » les conditions de ce qu'on a appelé l'« élevage », sous-entendant par là l'*ensemble* des influences qui touchent l'enfant, notamment dans la perspective de l'ensemble des relations.

Les positions de base peuvent être catégorisées comme :

- traditionnalistes : la femme doit s'occuper des enfants et sa place est à la maison ;
- néo-féministes : *égalité* entre les rôles sexuels et interchangeabilité des rôles sexuels ;
- un courant entre-deux, point de vue majoritaire dans les études de Komarowsky [19] : idéal de répartition des tâches, mais tâches *spécifiques* complémentaires et pas nécessairement interchangeables.

Par rapport à la situation actuelle, rappelons qu'aux Etats-Unis, *40 %* des mariages se terminent par un divorce [20] et on a estimé que dans ce même pays, *45 %* des enfants nés en 1978 vivent au moins une partie de leur enfance dans une famille à un *seul parent*. Il faut enfin ajouter que selon ces

mêmes statistiques faites aux U.S.A. (par rapport à ce pays nous avons des données très complètes) [22] les pères seuls se remarient en général dans les deux ans après le divorce. Le problème des enfants élevés par un seul parent dépasse, bien sûr, le cadre de cet exposé. Mais du point de vue du père, il faut souligner qu'il s'agit là d'une double tâche d'adaptation : redevenir célibataire, vivre seul, et parfois devenir le parent principal. Selon l'atmosphère dans laquelle la séparation et le divorce se déroulent, selon l'âge, le sexe et le nombre des enfants, selon les autres relations sociales du père et de la mère, il semble qu'il y ait des différences considérables.

Sensibilité de l'« observateur »

Notre propre sensibilité est nécessairement fortement impliquée par ces problèmes. Je ne voudrais pas manquer l'occasion de montrer à quel point cette implication peut entraver notre attitude observatrice, en nous ôtant la distance nécessaire pour décrire les problèmes, enregistrer les faits et faire des prévisions. A mon avis, ce qui peut devenir dans un deuxième temps une prise de position sociale, morale ou politique ne devrait pas, dans un premier temps, infiltrer notre discours.

Sans la distance et la sérénité nécessaires, nous n'arriverons pas à saisir la structure des phénomènes observés. D'ailleurs, ce n'est probablement pas un hasard si Lévi-Strauss [23] a préconisé pour les anthropologues une formation qui emprunte beaucoup d'éléments à la formation psychanalytique : je soupçonne que c'est surtout le problème de l'identification et de la prise de distance qui est en jeu. Quoi qu'il en soit, l'observation nous livre un matériel et ouvre des possibilités de compréhension à l'intérieur de la triade nucléaire mâle-femelle-descendant. Ainsi, par exemple, dans l'étude de « qui dort avec qui » [24], la signification logique de l'arrangement est très parlante : la mère européenne ou américaine prépare un lit pour l'enfant à venir, mais dans cet arrangement la relation époux-épouse reste principale et le petit lit dans la chambre à côté souligne la séparation des générations. Une mère des Indes préparera un nouveau lit pour le mari, et pendant l'allaitement, la mère et l'enfant dormiront ensemble. Dans la famille japonaise, l'interdépendance serait encore plus marquée en défaveur de la séparation entre les individus [24]. La grande famille est apparemment enterrée, ne parlons pas de la tribu. L'est-elle vraiment également dans la vie psychique des individus ?

N'est-elle pas près de resurgir ? Le taux de divorces de plus en plus grand ne suscite-t-il pas d'autres formes de prises en charge, par exemple par les grands-parents ?

« Nouveaux pères »

Si les nouveaux pères essaient de devenir des pères « pépères », des « papas-poules », et font preuve d'une certaine difficulté à assumer une attitude directive, pour ne pas dire autoritaire, on ne peut pas faire abstraction du contexte social. Dans une société traditionnelle stable, il est relativement facile pour les parents de se faire une conviction sur les attitudes et les comportements utiles à leur progéniture ; tandis que dans une société qui *change* rapidement, les parents en seront réduits à essayer de favoriser l'éclosion de possibilités intérieures et de talents chez leurs enfants, en espérant qu'ils trouveront dans toute situation ultérieure encore imprévisible, l'attitude à adopter, les capacités à maîtriser les problèmes. Ainsi, l'idéal culturel de réalisation des *potentialités* (déjà cher aux humanistes et à Gœthe), allant de pair avec le *respect* de l'enfant et la catalyse de ses possibilités, devient prédominant.

Ethologie

Les références à la biologie et à l'éthologie soulèvent aussi de l'anxiété : ceci me paraît montrer sur quel domaine délicat et fragile nous avançons et combien les rôles parentaux sont liés à nos attitudes les plus profondes, nos craintes les plus cachées, nos idéaux les plus chers.

Pour les éthologues, l'instinct parental fait partie de l'instinct reproducteur et s'articule avec l'instinct sexuel ; le désir serait la manifestation à la fois d'un besoin individuel et d'un besoin de l'espèce (ce qui va tout à fait dans la ligne de compréhension de ces phénomènes par Sigmund Freud) d'où la possibilité de conflits entre l'homéostase individuelle et spécifique, les aspects sexuel et parental de l'instinct reproducteur. La culture peut souligner et favoriser cette dichotomie. Il n'y a cependant pas de doute que, d'une part, le plaisir sexuel et la procréation ne sont pas nécessairement liés dans les représentations (nous savons que beaucoup de tribus vivant dans des sociétés archaïques ne font même pas le lien entre les deux) et que, d'autre part, une certaine forme de régularisation des naissances a toujours existé [25, 26], que ce soit dans des sociétés prélittéraires ou dans l'Antiquité. Le rôle paternel chez l'animal diffère beaucoup d'une espèce à l'autre : il peut être un protecteur lié à

l'organisation sociale, ou tout à fait exclu de l'élevage des petits. Chez l'homme, le rôle de père est très influencé par la culture, quoiqu'il faille rappeler que des pratiques hautement biologiques, comme *l'allaitement*, sont aussi profondément modifiées par la culture. Ainsi Ryerson, dans une étude portant sur les conseils médicaux donnés au sujet de l'élevage des enfants [27], note qu'autour de 1800 les recommandations de durée d'allaitement sont tombées *tout à coup* au-dessous d'une année. Cette étude fait ressortir que ces changements rapides dans les méthodes de soins donnés aux enfants étaient liés à la révolution industrielle d'Angleterre autour de 1750. Rappelons également les pratiques d'allaitement prolongées de certaines tribus africaines, et le fait que la lactation moyenne chez les humains en dehors de notre civilisation dure de 2 à 4 ans environ, selon Ford [28]. De nombreuses études ont *prouvé* [18] que l'allaitement des enfants implique une attitude psychologique différente de celle de l'allaitement par la bouteille : plus grande proximité et plus grande présence de la mère. Ces auteurs parlent de « cultural patterning of perinatal behavior », modelage culturel du comportement périnatal. Klaus et al. [29] estiment que nos enfants reçoivent à peu près 10 % d'allaitement au sein par rapport aux cultures qui n'en connaissent pas la restriction (4). Dans ce domaine, culture et technologie ont modifié d'anciens mécanismes de régulation.

Face à ces problèmes, une attitude scientifique s'impose. Vous pouvez me demander comment je me situe par rapport à ces questions : si je suis conservateur ou pour le changement, si je suis machiste ou féministe ; je répondrai qu'avant tout je voudrais être *scientifique*. Je voudrais comprendre quels mécanismes de réglage culturel prédominent et quels sont les moyens qui nous permettent d'atteindre des objectifs humains sans que ces moyens technologiques entre autres ne nous dictent les buts eux-mêmes.

S'il est vrai que le père punit davantage les garçons et la mère les filles, comme certaines observations semblent le montrer [30], ceci donnerait peut-être une base empirique à certains aspects de ce que la théorie psychanalytique a appelé le complexe d'Œdipe, avec l'accent mis sur l'attirance entre la fille et le père ou le fils et la mère. Evidemment, là comme ailleurs se pose la question de l'œuf et de la poule : qu'est-ce qui a préexisté ? De nouveau on se trouve là au milieu de données telles que la différence des sexes et les comportements qui sont déterminés par elle. Même si à toute règle il y a des exceptions, même si l'on cite les ancien-

(4) C'est d'ailleurs un bon exemple que notre permissivité n'est pas illimitée, qu'elle est déterminée par nos commodités et nos idéaux subjectifs.

nes familles royales de Hawaï, des Incas, ou plus près de nous d'Egypte et même des communautés de Mormons du XIX[e] siècle, le tabou d'inceste est un tabou fondamental et organisationnel qui connote la supériorité des lois culturelles sur la biologie ; ou plutôt qui paraît la confirmer puisque ce tabou, à la lumière de recherches récentes, ne serait pas un privilège exclusivement humain : la dépendance infantile vis-à-vis d'un membre de l'espèce, en général la mère, et la dispersion semblent en effet empêcher des relations incestueuses chez d'autres mammifères que l'homme.

Voilà qui a de quoi étonner surtout ceux qui pensent que les problèmes humains se règlent exclusivement au niveau du langage.

Le désir d'enfant

Pour l'aristocratie, l'enfant devait assurer le lignage. Dans les familles paysannes, il était une force de travail (parfois en conflit avec l'ambition de ne pas partager la terre [31, 32]). Par quoi est motivé le désir du père actuel ? Les anxiétés et les drames provoqués par l'absence d'enfant, la stérilité et les thèmes annexes montrent que ce désir continuerait d'exister et même d'avoir une grande importance, soustendu par de multiples lignes de force. W. Pasini [33, 34] parle du désir de recevoir de l'enfant des satisfactions affectives, de transmettre à autrui ses propres qualités, d'apaiser l'ambivalence vis-à-vis du partenaire et d'augmenter ou de renforcer l'harmonie dans le couple, de combattre la crainte de la solitude : l'enfant est investi d'une grande importance, voire d'une puissance (dans tous les sens du terme puisque l'expression « impuissance » est affectivement très proche de stérilité). Parmi d'autres témoignages, citons le prix Nobel Isaac Bashevis Singer, dans son magnifique livre « Old love » (Farrar, New York, 1966), qui dit que ce ne sont pas les héros de la guerre qui méritent d'être décorés, mais les célibataires qui vivent seuls (p. 89 : « Sometimes I think that the real heroes aren't those who get medals in war time, but the bachelors who live out their years alone »)... Seuls, sans enfants... Gœthe parlait de la « métempsychose la plus belle » lorsqu'on se voit apparaître dans l'autre (« Die schönste Metempsychose ist die, wenn wir uns im andern wieder auftreten sehen », Gœthe's Werke, zweiter Band, Knaurn München/Zurich, 1975, p. 1143). Il ne serait pas difficile de poursuivre les témoignages de la sensibilité humaine par rapport à l' *« enfant imaginaire »* (W. Pasini), la famille idéale, le couple dont l'amour permet de dépasser tout problème de vie. Cependant ce n'est pas seulement la

femme contemporaine qui se sent liée, coincée, bloquée par les tâches du maternage, l'homme aussi, jeune exécutif ou jeune cadre, se trouve dans des situations telles que les journaux à grand tirage lui conseillent de bien réfléchir avant de se lier et de se reproduire. L'enfant, dans une famille qui n'est plus une unité reproductrice, ne rapporte plus de biens matériels mais occasionne des frais. De nombreux états ne considèrent plus l'augmentation de la population comme un but souhaitable sur un plan économique, politique ou militaire.

Interaction avec l'enfant

A propos de la différence entre les interactions de la mère et du père avec le bébé, des études faites à l'*intérieur* de notre culture au domicile des parents, semblent indiquer que des convergences coexistent avec des divergences. Par exemple, on a noté qu'avec des bébés de cinq mois, les mères souriaient et parlaient davantage que les pères [35]. Les pères jouent différemment et parfois plus (par exemple en donnant des tapes) [36, 37, 38] en général ils se livrent à des jeux physiques demandant plus de force, toujours pendant les deux premières années. Les études de Lamb sur des enfants de 11 mois montrent que les mères ont plus d'attitudes nourricières, les pères plus d'initiatives de jeu. Le langage du père paraît être plus compliqué que celui de la mère [39, 40, 41]. Dans un groupe d'enfants de deux ans, les petits sont plus polis [42] et emploient des phrases plus longues [43] avec leur père qu'avec leur mère.

Ces études montrent comment, à l'intérieur d'une situation culturelle donnée, les pères agissent comme deuxième figure d'attachement (pour employer le modèle de Bowlby) [44] et le fait que le style masculin implique plus de jeu et le style féminin plus d'attitudes nourricières et de conversation paraît généralement admis [38]. On a cependant soulevé les objections habituelles contre ce type d'étude (la présence d'un observateur modifie le comportement ; un comportement donné n'implique pas qu'il soit souhaitable, etc.). Il est clair que les pères se comportent différemment lorsqu'ils ont le rôle principal dans la prise en charge de l'enfant (par exemple si la mère travaille et pas le père). Dans la nomenclature anglophone on parle de « primary caretaker » et « secondary caretaker » [45].

On peut naturellement penser que ces attitudes suivent des stéréotypes sociaux avec un père plus actif, plus agressif, et que les facilités verbales des pères sont liées à un plus grand engagement dans la vie extérieure. On touche là au

problème des idéaux intérieurs des pères et des mères actuels, et aussi à la transmission à travers les attitudes ancrées dans la relation avec leurs propres parents. On rapproche souvent ce type d'observation de la théorie psychanalytique parce qu'elle montre aussi des difficultés de changements d'attitude et la nature profondément conservatrice des processus psychiques d'élevage et de reproduction.

Les études faites sur les parents de notre culture mettent en évidence une interaction père-enfant dès la période de nourrisson : certaines études de Parke et al. [46], et de Parke et O'Leary [47], montrent même que les pères des classes moyennes ont, au début des années 70, en général bercé l'enfant plus que les mères. Dans d'autres interactions, le père a des scores aussi importants ou tout au moins approchant ceux de la mère.

Kotelchuck [48] a refait certaines études de Spitz, mais cette fois-ci en impliquant trois personnes en dehors des enfants de 6 à 21 mois : le père, la mère et un étranger : comme on pouvait s'y attendre, pourvu que le père se soit occupé de l'enfant, il y a une différence entre la réponse de ce dernier vis-à-vis de ses parents et de l'étranger, et pas seulement vis-à-vis de sa mère et de l'étranger. Ces résultats ne sont pas surprenants pour le sens commun, mais soulignent encore une fois que la manière dont les questions sont posées peut influencer le résultat des recherches, surtout les conclusions qu'on en tire.

Le psychanalyste suisse à New York, Ernest Abelin [49, 50, 51] a montré que dans des familles à constellation classique, la recognition psychique du père intervient plus tard que celle de la mère. Il a également démontré l'importance des approches spécifiques très précoces de ce père.

Dans un monde en évolution, avec des variables socioculturelles changeantes, le rôle et les *attitudes* du père *se modifient.* Dans les attitudes des pères et des parents en général, les formes de punition physique sont moins utilisées que dans les années 30. Dans les classes sociales éduquées, dans les années 30 et 40, l'allaitement au biberon était plus fréquent que dans les classes sociales moins éduquées, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui [30, 52, 53, 54, 55]. La préférence pour des naissances de filles ou de garçons est également en train de changer. Le parent est moins vu dans un système dyadique, davantage à l'intérieur d'un système ou d'une structure familiale.

La paternité, le devenir et l'être père, avec les processus sociaux et psycho-affectifs qui lui sont associés, reste un problème dont nous voyons les prolongements dans notre

pratique quotidienne, entre autre du fait de l'antagonisme entre les changements sociaux et le conservatisme profond, la tendance à la répétition dans des attitudes affectives. On peut espérer qu'une meilleure compréhension des *connexions sous-jacentes* aux phénomènes se manifestant par la souffrance (parfois à bas bruit) des pères, aidera le médecin à avoir la distance suffisante pour les prendre en charge en les respectant dans toute leur humanité.

Références

1. Chodorow N. The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1978.

2. Chester R. Is there a relationship between childlessness and marital breakdown ? J Biosocial Sci 1972 ; 4 : 443-54.

3. Gibson C. Childlessness and marital instability : a reexamination of the evidence. J Biosocial Sci 1980 ; 12 : 121-32.

4. Thornes B, Collard J. Who divorces ? London : Routledge et Kegan Paul, 1979.

5. Haynal A. Le syndrome de couvade (et contribution à la psychologie et à la psychopathologie de l'homme face à la reproduction). Ann med psychol 1968 ; 126 : 539-71.

6. Trethowan WH, Conlon MF. The couvade syndrome. Br J Psychiat 1965 ; 111 : 57-66.

7. Charbonnier G. Sexualité de l'homme pendant la grossesse : enquête et cas cliniques. Thèse, Genève 1979.

8. Charbonnier G. Sexuality of the male during pregnancy. In : Forleo R, Pasini W. Medical sexology. PSG Publ, 1981.

9. Freud S. Les théories sexuelles infantiles. In : la vie sexuelle. 1908 c. Paris : PUF, 1969 ; 14-27. GW 7 : 167-75. SE 9 : 205-26.

10. Bœhm F. The feminity complex in men. Int J Psycho-Anal 1930 ; 11 : 444-69.

11. Brunswick RM. The preœdipal phase of libido development. Psychoanal Q 1940 ; 9 : 293-319.

12. Klein M. Contribution to psychoanalysis. London : Hogarth Press, 1948.

13. Jacobson E. The development of the wish for a child in boys. Psychoanal Study Child 1950 ; 5 : 139-52.

14. Evans WN. Simulated pregnancy in a male. Psychoanal Q 1951 ; 20 : 165-78.

15. Haynal A. Transexualisme et identité sexuelle. Med Hyg 1971 ; 29 : 2040-2. Réédité In : Geisendorf W, Pasini W. Sexologie. Genève : Medecine et Hygiène, 1974 ; 81-9.

16. Haynal A. Identité sexuelle et transsexualisme. In : Abraham G, Pasini W, eds. Introduction à la sexologie médicale. Paris : Payot, 1974 ; 249-69.

17. Roheim G. Psychanalyse et anthropologie. Paris : Gallimard, 1967 (orig. 1950).

18. Mead M, Newton N. Cultural patterning of perinatal behavior. In : Richardson SA, Guttmacher AF, eds. Childbearing : its social and psychological aspects. Baltimore : Williams and Wilkins, 1967 ; 142-244.

19. Komarowsky M. Cultural contradictions and sex roles : the masculine case. Am J Sociol 1973 ; 78 : 874-84.

20. Hetherington EM. Divorce : a child's perspective. Am Psychol 1979 ; 34 : 851-8.

21. Norton A, Glick P. What's happening to households ? Am Demographics 1979 ; 1 : 19-23.

22. Lewis M, Feiring C. The child's social network : social object, social functions and their relationship. In : Lewis M, Rosenblum L, eds. The child and its family. New York : Plenum, 1979 ; 409-10.

23. Levi-Strauss C. Anthropologie structurale. Paris : Plon, 1958.

24. Caudill W, Plath D. Who sleeps by whom. In : Levine R, ed. Culture and personality. Chicago : Aldine, 1974.

25. Newton N. Population limitation in cross cultural perspective : Patterns of contraception. J Reprod Med 1968 ; 1 : 343-54.

26. Luker K. Men and contraceptive risk taking. Conference Proceedings. Los Angeles. San Francisco, 1975 : 12-28.

27. Ryerson AJ. Medical advice on child rearing 1550-1900. Harv Educ Rev 1961 ; 31 : 302-32.

28. Ford CS. A comparative study of human reproduction. New Haven : Yale Univ Publ Anthropol, 1945 ; 32.

29. Klaus MF, Jerauld R, Kreger NC, Mc Alpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment : importance of the first postpartum days. N Engl J Med 1972 ; 286 : 460-3.

30. Sears A, Maccoby E, Levine H. Patterns of child rearing. New York : Row and Peterson, 1957.

31. Flandrin HL. Families in former times. London, Cambridge Univ Press, 1979.

32. Poster M. Critical theory of the family. London : Pluto Press, 1978.

33. Pasini W. Sexualité chez la femme enceinte. Med Hyg 1973 ; 31 : 39-43.

34. Pasini W. L'enfant imaginaire. In : Charvet F. Désir d'enfant, refus d'enfant. Paris : Stock, 1980 ; 117-24.

35. Pederson FA, Yarrow L, Anderson B, Cain RL. Conceptualization of father influences in the infancy period. In: Lewis M, Rosenblum L eds. The social network of the developing infant. New York: Plenum, 1979.

36. Lamb ME. Father-infant and mother-infant interaction in the first year of life. Child Dev 1977; 48: 167-81.

37. Clarke-Stewart KA. And Daddy makes three: the father's impact on mother and young child. Child Dev 1978; 49: 466-78.

38. Clarke-Stewart KA. The father's contribution to children's cognitive and social development in early childhood. In: Pedersen FA, ed. The father-infant relationship: observational studies in the family setting. New York: Preager, 1980.

39. Gleason JB. Fathers and other strangers: men's speech to young children. In: Dato DP, ed. Developmental psycholinguistics: theory and applications. Washington: Georgetown Univ Press, 1975.

40. Engle ME. Do father speak motherese? An analysis of the language of young children. San Diego: United States International University, 1978.

41. Vendell DL. Boy toddler's social interactions with mothers, fathers and peers. Ph D Thesis. Boston: University Graduate School, University Microfilm, 1977; 77-11: 428.

42. Ervin-Tripp S. Wait for me, roller skate. In: Ervin-Tripp S, Mitchell-Kernan C, eds. Child discourse. New York: Academic Press, 1977; 83.

43. Rondal JA. Fathers' and mothers' speech in early language development. J Child Language 1980; 7: 353-69.

44. Bowlby J. Attachment and loss, Vol I: attachment. Harmondsworth: Penguin, 1969.

45. Field T. Interaction behaviours of primary versus caretaker fathers. Dev Psychol 1978; 14: 183-4.

46. Parke R, O'Leary S, West S. Mother-father-newborn interaction: effects of maternal medication, labor and sex of infant. Proceedings of the 8th Annual Convention, American Psychoanalytic Association 1972; 85-6.

47. Parke R, O'Leary S. Father-mother-infant interaction in the newborn period: some findings, some observations and some unresolved issues. In: Riefel K, Meacham J, eds. The developing individual in a changing world. Vol 2, Social and environmental issues. The Hague: Mouton, 1975.

48. Kotelchuck M. The nature of the child's tie to his father. PhD Harvard University, 1972.

49. Abelin E. The role of the father in the separation-individuation process. In: Mc Devitt JB, Settlage CF, eds. Separation-individuation. New York: Int Univ Press, 1971.

50. Abelin E. Some further observations and comments on the earliest role of the father. Int J Psycho-Anal 1975; 56: 293-302.

51. Abelin E. Panel contribution on the role of the father in the preœdipal years. Quebec: 66th Annual Meeting of the Am Psychoanal Assoc, 1977.

52. Garland J, Rich MB. Duration of breast feeding: comparative study. N Engl J Med 1930; 203: 1279-82.

53. Havinghurst R, Davis W. Comparison of Chicago and Harvard studies of social class differences in childrearing. Am Social Rev 1955; 20: 438-42.

54. Baeck WE, Lawson ED, Yankaver A, Sussman MM. Social class, maternal health and child care. Albany: Dittoed publication, New York State Department of Health, 1957; 103.

55. Salber EJ, Feinleib M. Breast feeding in Boston. Pediatrics 1966; 37: 299-303.

Soins paternels et organisations sociales dans le règne animal : faits et hypothèses (1)

R. Schäppi

Il suffit de quelques connaissances en biologie (tout aquariophile ou ornithologue amateur les possède) pour savoir que les soins paternels sont fréquents chez les poissons et les oiseaux, mais qu'ils font le plus souvent défaut chez les mammifères. Pourquoi cette différence ? De prime abord, la réponse semble facile. Imaginons comment un père peut se rendre utile chez les poissons, chez les oiseaux et chez les mammifères. Un poisson mâle peut construire le nid, ventiler et surveiller le frai, guider et défendre les alevins. Chez les oiseaux, le mâle peut également construire le nid, couver les œufs, nourrir les oisillons après leur éclosion. Pour un père mammifère, en revanche, les possibilités de prodiguer des soins à sa progéniture paraissent d'emblée bien plus limitées. La gestation remplace la couvaison. Chez beaucoup d'espèces la précocité des jeunes rend toute nidification inutile. Mais c'est surtout l'allaitement, apanage de la femelle tout comme la gestation, qui empêche le père de jouer un rôle nourricier précoce. Il ne lui reste donc qu'un rôle de protecteur et des activités qui ne favorisent les jeunes qu'indirectement : protection du groupe ou de la mère, défense du territoire.

Mais dès que nous nous intéressons de plus près aux soins paternels chez l'animal, il devient évident que notre analyse ne peut s'arrêter à un niveau si superficiel. Si nous tenons compte de la fréquence et de l'intensité des soins paternels chez différentes espèces ou dans différents groupes zoologiques, toute une série de questions, parfois insolites, finissent par surgir.

Si nous considérons le règne animal tout entier, nous constatons que les soins maternels sont plus constants que

(1) Ce travail est une version élargie d'un exposé fait lors des Journées Annuelles de la Société Suisse des Psychiatres d'Enfants et d'Adolescents, journées qui ont eu lieu du 2 au 4 septembre 1982 à Bâle et qui avaient comme thème : « Evolution des structures familiales avec référence particulière au rôle du père ».

les soins paternels. Pourquoi cette inégalité ? La question se justifie d'autant plus que la superclasse des poissons fait exception à cette règle générale. Chez les poissons, les soins exclusivement paternels sont, en effet, plus fréquents que les soins exclusivement maternels [1]. Comment expliquer cet enthousiasme paternel chez les poissons ?

Si nous étudions deux espèces d'anatidés comme le Cygne tuberculé ou le Canard colvert, nous observons que le Cygne mâle reste avec sa famille tandis que le Colvert mâle abandonne sa cane vers le milieu de la période d'incubation. Comment expliquer cette différence ? Chez quelques rares familles d'oiseaux comme les Jacanas ou les Phalaropes, c'est le mâle qui construit le nid, qui couve, qui surveille la progéniture. Pourquoi cette inversion du comportement habituel ? Certains poissons comme le Discus (Symphysodon discus) et certains oiseaux comme les Pigeons ou les Tourterelles ont développé des possibilités de nutrition des jeunes qui se rapprochent beaucoup de l'allaitement, mais qui se distinguent de la lactation des mammifères par le fait que le mâle est également capable de nourrir. Pourquoi d'ailleurs les mammifères mâles sont-ils incapables d'allaiter ? Malgré la faible propension aux soins paternels chez les mammifères en général, les mâles de certaines espèces participent intensément aux soins de la progéniture. Chez le Chien sauvage d'Afrique ou Lycaon, mâles et femelles régurgitent de la viande pour la mère et ses chiots après le retour de la chasse. Chez certains singes, c'est le père qui transporte les jeunes et non la mère. Comment expliquer ces exceptions à la règle générale ?

Si j'ai mentionné ces exemples et posé toutes ces questions hétéroclites, c'était dans le but de faire comprendre qu'à l'heure actuelle, il ne suffit plus d'aligner une série d'observations de différents types de soins paternels, aussi spectaculaires soient-elles. Pour que ces observations puissent être utiles aux spécialistes d'une science humaine comme par exemple la psychiatrie, il faut qu'elles s'intègrent dans des hypothèses, des modèles, voire une charpente théorique générale. Sans prétendre fournir des réponses exhaustives à toutes les questions posées, examinons de plus près quelques points précis tout en essayant de maintenir un juste équilibre entre exemple et théorie.

Point de départ : la théorie de l'évolution

Pour les biologistes, les soins maternels et paternels font partie intégrante des stratégies de reproduction des deux sexes. Ces stratégies s'insèrent à leur tour dans la structure

plus vaste qu'est l'organisation sociale de l'espèce, organisation sociale qui est adaptée au milieu. Impossible donc de s'occuper de soins paternels chez l'animal sans faire mention des stratégies de reproduction mâles et femelles et de l'organisation sociale de l'espèce concernée.

Parler de mâle et de femelle implique qu'il existe une différence entre les sexes. Des organismes vivants primitifs comme les bactéries nous apprennent qu'il peut y avoir reproduction et multiplication sans sexes. La reproduction sexuée, réservée aux organismes plus évolués, est un type de reproduction d'apparition plus récente, relativement compliqué et coûteux en temps et en énergie. Malgré cela, il a été retenu par l'évolution car il garantissait une recombinaison permanente du matériel génétique et ainsi une variété infinie d'individus légèrement différents, variété sur laquelle la sélection pouvait intervenir.

L'invention de la reproduction sexuée correspond à l'invention de l'anisogamie : l'organisme ou l'individu qui produit des gamètes en grand nombre, petits et mobiles, est appelé mâle, l'individu qui produit un petit nombre de grands gamètes immobiles est appelé femelle. Cette anisogamie est à l'origine de la différence morphologique des sexes et de la différence de leurs stratégies de reproduction. L'évolution de ces différences morphologiques et stratégiques qui sont en interrelation étroite est résumée comme suit par les sociobiologistes, théoriciens modernes de l'évolution [2,3] : la femelle investit plus de temps et d'énergie dans la production d'un ovule qu'un mâle n'investit dans un spermatozoïde. Au cours de l'évolution, elle finira par investir plus dans un ovule qu'un mâle n'investit dans tout un éjaculat. Au moment où l'abandon du milieu aquatique rendra la fécondation interne obligatoire, l'organisme femelle se trouvera tout naturellement désigné pour héberger la progéniture. Le développement d'organes de fécondation et de gestation augmente considérablement la différence entre les sexes inaugurée par l'anisogamie. C'est finalement avec l'allaitement que la différence des sexes atteindra, chez les mammifères, son apogée.

En simplifiant beaucoup nous pouvons donc décrire la tendance évolutive suivante : en passant d'un niveau zoologique inférieur à un niveau supérieur la différence entre les sexes (et de ce fait la différence entre la stratégie de reproduction mâle et la stratégie de reproduction femelle) augmente. A un niveau évolutif inférieur, un écart moindre facilite la monogamie, organisation sociale qui se caractérise par une symétrie des « cahiers des charges » des deux sexes. Ceci explique, selon les sociobiologistes, le fait indéniable

que la monogamie est bien plus fréquente chez les poissons et les oiseaux que chez les mammifères. Chez ces derniers, la différence des sexes et de leurs stratégies respectives fait que la monogamie est rare, voire exceptionnelle. L'asymétrie des stratégies reproductives y est la règle, le mâle devenant un spécialiste de la fécondation (il cherche à féconder un maximum de femelles), la femelle une spécialiste de l'élevage. Robert Dawkins parle même d'un conflit des sexes. Incapable de retenir le mâle pour qu'il participe aux soins parentaux, la femelle finit par opter pour une autre stratégie : pour tout de même procurer des avantages génétiques à la progéniture qu'elle doit élever seule, elle choisira le mâle le plus beau ou le plus fort. Cette formulation pourrait faire penser qu'il s'agit de stratégies conscientes, ce qui n'est évidemment pas le cas. Il s'agit de stratégies que chaque individu poursuit sans intention ni « insight », parce qu'il est génétiquement programmé pour les suivre.

Parler de stratégies des sexes veut dire parler de stratégies individuelles. Contrairement à ce que pensait il y a seulement quelque temps un des fondateurs de l'éthologie, Konrad Lorenz, l'éthologie actuelle ne croit plus à une stratégie de l'espèce à laquelle les aspirations individuelles seraient subordonnées (2).

Selon la théorie de l'évolution, tout individu tend à avoir une progéniture aussi nombreuse que possible. Les sociobiologistes formulent ceci d'une façon encore plus précise : chaque individu est programmé pour suivre une stratégie visant une expansion maximale de ses propres gènes à l'intérieur du réservoir génétique de la population. Il peut favoriser cette expansion de gènes de différentes façons :

- en cherchant à avoir une progéniture aussi nombreuse que possible et, selon l'espèce, en assurant mieux la survie de cette progéniture, par des soins parentaux appropriés ;

- en cherchant à favoriser les proches parents qui portent également une partie de ses gènes et qui contribuent ainsi, en se reproduisant, à l'expansion de ses gènes ;

- en empêchant un individu étranger de se reproduire ou d'avoir accès à une ressource qui favorise la reproduction.

Si le premier point, celui qui concerne la reproduction de l'individu lui-même, ne mérite guère de commentaire, il

(2) Remarquons en passant que les théories semblent s'accorder étrangement avec les idéologies de l'époque. Une théorie aussi individualiste, voire narcissique que celle que nous venons de citer semble correspondre parfaitement à notre époque.

n'en est pas de même pour les derniers. Le second point nous fait comprendre pourquoi un individu a intérêt à favoriser un parent, voire à se sacrifier en faveur d'un parent proche autre que sa propre progéniture. L'altruisme apparent en faveur d'un proche parent cache ainsi la stratégie de reproduction égoïste de l'individu en question. Le troisième point est illustré par l'intense compétition des mâles pour occuper un territoire de reproduction ou pour accéder à une position dominante dans la hiérarchie, position qui assure l'accès aux femelles.

Il est évident que ces stratégies ne sont pas exclusives, mais qu'elles peuvent être combinées (3). Ainsi il arrive qu'un mâle qui vient de prendre la tête d'un groupe de femelles en chassant le vieux leader, tue tous les petis qui sont encore portés ou allaités par leur mère. De cette façon, le nouveau leader obtient que les femelles privées de leurs petits soient de nouveau rapidement en œstrus. Ceci va lui permettre d'augmenter son succès reproductif pendant la période de leadership dont il dispose. Du même coup, il diminue, par l'infanticide, le succès reproductif de son prédécesseur. L'infanticide, envisagé comme une facette de la stratégie de reproduction empruntant un chemin diamétralement opposé aux soins parentaux, se rencontre chez beaucoup d'espèces de primates, mais également chez d'autres mammifères comme le Lion [5].

Soins paternels et milieu aquatique

Les considérations théoriques que je viens de mentionner nous expliquent pourquoi, dans le règne animal, les soins maternels sont plus constants que les soins paternels. Mais nous savons déjà que les poissons font exception à cette règle générale. Chez à peu près un tiers des familles de poissons dont la reproduction est connue, on observe des soins parentaux. Dans la moitié de ces familles, il s'agit de soins exclusivement paternels. Puisqu'il y a beaucoup d'espèces où les parents se partagent les soins parentaux, les soins strictement paternels sont donc bien plus répandus que les soins exclusivement maternels (4). Mark Ridley [1], dans une

---

(3) Le lecteur qui éprouve quelque peine à mémoriser ces différentes stratégies a avantage à se rappeler la compétition qu'il peut observer dans une entreprise, dans une institution, à l'université. En remplaçant individu par patron, progéniture par idées, proches parents par élèves ou collaborateurs, ressource par crédits, il comprendra aisément (ne prenons qu'un exemple) pourquoi un individu dont la créativité s'essoufle adopte essentiellement la troisième technique.

(4) En se limitant aux téléostéens, John Gittleman [6] donne les chiffres suivants : on a trouvé des soins parentaux dans 20 % des 495 familles connues de téléostéens. Dans 60 % de ces familles à soins parentaux, il s'agit de soins exclusivement paternels.

étude assez exhaustive, distingue deux types de soins paternels. Dans le premier cas, le mâle, territorial ou non, soigne et surveille le frai, guide et surveille parfois les alevins, après l'éclosion. Le second groupe est caractérisé par le fait que le mâle transporte les œufs.

Dans le premier groupe, nous trouvons un grand nombre de téléostéens dont voici quelques exemples connus des aquariophiles. Chez un caracidé du bassin inférieur de l'Amazone, Copeina arnoldi, le couple choisit pour ses œufs un site se trouvant au-dessus de la surface de l'eau : une feuille en surplomb, une tige de roseau. Puis les poissons sautent hors de l'eau côte à côte, la femelle pour déposer un petit nombre d'œufs lors de chaque saut, le mâle pour les féconder ensuite. Le frai terminé, le mâle prend position sous les œufs et, en se servant de sa longue nageoire caudale, fait gicler l'eau vers le haut pour prévenir la deshydratation du frai. Dans cette espèce, le comportement paternel disparaît à l'éclosion des œufs, c'est-à-dire après 36-48 heures.

Chez certains poissons-chats, chez les Epinoches et chez les labyrinthidés, le mâle construit un nid, soigne et surveille les œufs d'une ou de plusieurs femelles et continue, le plus souvent, à soigner sa progéniture après l'éclosion. L'exemple désormais classique de l'éthologie est l'Epinoche à trois épines de nos lacs. Citons également des poissons d'aquarium bien connus comme le Macropode, les Gouramis, le Combattant, chez qui le mâle construit un nid d'écume à la surface.

Dans le deuxième groupe où le mâle transporte les œufs, nous trouvons avant tout les cichlidés et les syngnatidés. Chez quelques espèces de cichlidés, c'est en effet le mâle qui pratique l'incubation buccale, c'est-à-dire qu'il transporte les œufs dans sa bouche jusqu'à l'éclosion. Même par la suite la bouche reste un abri dans lequel les jeunes se réfugient pendant la nuit ou lors d'un danger. Chez les syngnatidés, nous observons un transport des œufs sur la surface ventrale, voire dans des poches d'incubation. Les exemples extrêmes sont fournis par les Hippocampes chez lesquels c'est le mâle qui accouche ! Vers la fin de la danse nuptiale, la femelle pond ses œufs dans une sorte de poche marsupiale du mâle. Progressivement des vaisseaux de la paroi abdominale vont augmenter de diamètre et se multiplier, donnant naissance à un tissu ressemblant au placenta des mammifères. Après une gestation d'une dizaine de jours, vient la parturition qui, chez les Hippocampes de grande taille, ressemble à un véritable accouchement, avec contractions et expulsion.

Il serait facile d'allonger cette liste de soins paternels exclusifs parfois spectaculaires. Mais revenons à notre question initiale : pourquoi les poissons font-ils exception à la règle générale de la prépondérance des soins maternels ?

Ce sont deux éthologues britanniques, Robert Dawkins et Tamsie Carlisle [7], qui ont formulé une hypothèse explicative amusante et convaincante. Rappelons tout d'abord qu'à des niveaux zoologiques inférieurs les soins parentaux font le plus souvent défaut et que c'est le grand nombre qui permet de compenser la forte mortalité des jeunes au cours de leur dispersion. A un niveau évolutif plus élevé, par contre, ce sont les soins parentaux qui viennent augmenter la chance de survie d'un nombre relativement petit de jeunes. Il faudra revenir sur ces deux stratégies de reproduction visant la quantité ou la qualité quand nous parlerons des mammifères. Chez beaucoup d'espèces, le degré de dépendance de la progéniture, ainsi que l'hostilité du milieu, exigent les soins des deux parents. Mais souvent un parent suffit pour surveiller et nourrir les jeunes. L'évolution de la différence entre les sexes déjà mentionnée permet de comprendre que dans ce cas la femelle sera en général sélectionnée pour soigner les petits, tandis que le mâle sera sélectionné en vue de déserter et de féconder le plus grand nombre possible de femelles différentes [8]. En abandonnant femelle et progéniture, le mâle ne perd rien de son succès reproductif, car la femelle « coincée » avec les petits va assurer leur élevage et leur survie toute seule. Mais le mâle arrive à « coincer » la femelle avec les ovules fécondés seulement si la fécondation précède la ponte des œufs comme chez les oiseaux ou si la fécondation interne précède la mise bas comme chez les mammifères. Tout change si le milieu est aquatique et si la fécondation est externe, mode de reproduction le plus courant chez les poissons. Nous voilà arrivés à l'hypothèse de Dawkins et Carlisle. Pour que les œufs puissent être fécondés, dans ces conditions, il faut que la femelle fraye d'abord. Le sperme du mâle, léger et facilement dispersé, serait tout de suite emporté par des turbulences de l'eau, alors que les œufs, plus lourds ont tendance à aller au fond et à rester sur place. Il faut donc que le mâle féconde après le frai de la femelle. Comme le principe admis est que les deux sexes ont intérêt à « coincer » l'autre avec la progéniture et à déserter, nous voyons que dans ce cas, c'est la femelle qui peut opérer une retraite stratégique après le frai, abandonnant au mâle la tâche de soigner les jeunes.

Selon l'hypothèse de Dawkins et Carlisle, nous pouvons donc nous attendre, dans le cas où les soins ne seraient donnés que par un parent, que ces soins soient prodigués par la mère si la fécondation est interne, et que ce soit le père

tout seul qui se charge des jeunes si la fécondation est externe. Cette hypothèse a l'avantage d'expliquer non seulement pourquoi les soins paternels sont si fréquents chez les poissons mais encore pourquoi nous observons des différences dans la classe des amphibiens.

Chez les urodèles (Tritons, Salamandres), la fécondation est en général interne et nous ne trouvons de soins paternels que dans les rares familles de Salamandres qui se caractérisent par une fécondation externe. Les cas de soins paternels sont en revanche fréquents chez les anoures (Grenouilles, Crapauds), ordre dans lequel la fécondation est externe. Ainsi chez le Crapaud accoucheur par exemple, c'est le mâle qui se charge des cordons de frai fécondé qu'il transporte enroulés autour de ses pattes postérieures. Chez certaines espèces exotiques les soins paternels sont encore plus spectaculaires : chez Rhinoderma darwini, une petite grenouille sud-américaine découverte par Darwin, nous retrouvons le transport buccal que nous connaissons déjà des cichlidés. Le mâle surveille le frai de 20 à 30 œufs pendant quelques jours. Au moment où les têtards commencent à se former, il prend sa progéniture dans la bouche et la pousse, à l'aide de la langue, dans le sac vocal. Ce dernier finira par se distendre au point de devenir transparent, ce qui permet de suivre le développement des têtards qui finissent par « naître » en sortant de la bouche paternelle.

Mais il y a un aspect de la fécondation externe qui est bien plus important pour les sciences de l'Homme et dont l'hypothèse de Dawkins et de Carlisle ne parle pas parce qu'elle ne tient compte que du conflit entre les stratégies des deux sexes. Nous pouvons également penser que pour un mâle il est avantageux de s'occuper du frai qu'il vient de féconder car cette fécondation vient d'assurer sa paternité. Ainsi la fécondation externe favoriserait les soins paternels non seulement par la chronologie de l'émission des gamètes, mais également par la certitude de paternité qu'elle confère au mâle [1].

Selon la théorie de l'évolution, tout individu est sélectionné pour essayer de maximaliser son succès reproductif. Ainsi un mâle se trouve-t-il en compétition avec d'autres mâles, une femelle avec d'autres femelles. Nous avons vu que, en ce qui concerne la fabrication des gamètes, les mâles sont bien moins limités par des contraintes de temps et d'énergie que les femelles. Ceci permet la prédiction que la compétition entre mâles sera le plus souvent bien plus intense que celle qui pourra avoir lieu entre femelles. Rappelons-nous qu'en milieu aquatique le sperme est plus mobile que les œufs. La compétition entre les éjaculats de

différents mâles se trouve ainsi accrue, ce qui nous explique qu'un mâle a avantage à s'assurer que c'est bien lui qui féconde le frai. Cette assurance peut s'obtenir, encore une fois selon Mark Ridley dont je suis ici les considérations théoriques, de deux manières : d'abord un mâle peut s'approprier un territoire d'où il chasse tout autre mâle. Il peut ainsi attirer et courtiser une femelle dans un espace privé, ce qui augmente considérablement sa certitude de paternité. C'est le cas de notre Epinoche. Une seconde possibilité est le développement d'un organe d'intromission. Il est vrai que la fécondation interne s'est développée en milieu aquatique bien avant que l'abandon de ce milieu au cours de la phylogenèse, rende la fécondation interne indispensable. C'est le cas des cyprinodontidés vivipares dont certaines espèces comme le Guppy, le Platy, le Xipho ou Poisson porte-épée sont bien connues des aquariophiles. L'organe d'intromission, appelé gonopode, s'est formé grâce à une modification des derniers rayons de la nageoire anale. Si nous partons de l'hypothèse que ce gonopode est le résultat d'une intense compétition entre mâles, nous ne sommes pas étonnés d'apprendre que les espèces citées sont polygames. Mais si le gonopode qui permet d'injecter le sperme dans l'orifice génital de la femelle semble garantir la certitude paternelle au mâle, cette invention de la fécondation interne peut du même coup être à l'origine de la perte de la certitude de paternité. Les femelles de ces poissons vivipares sont, en effet, capables de stocker le sperme dans l'oviducte. Une femelle peut donc, après l'accouplement avec un seul mâle, mettre au monde des groupes de jeunes à quatre ou cinq reprises. La poursuite de la compétition entre mâles se justifie tout de même car, lors de chaque accouplement ultérieur, le mâle a des chances d'imposer ses gamètes.
Mais la fécondation interne diminue la certitude de paternité, même si la femelle est incapable de stocker les gamètes mâles, car ce mode de fécondation implique un intervalle entre fécondation et ponte ou mise bas. Cet intervalle imposerait d'ailleurs au mâle un délai d'attente avant qu'il puisse commencer à paterner : ce fait s'oppose sûrement à l'installation de soins paternels à un niveau zoologique inférieur. Mais de surcroît, cet intervalle - pensons ici aux mammifères - rend la paternité incertaine. Il n'est pas absolument sûr qu'une femelle soit fécondée lors de toute copulation. De plus, il y a le risque de l'avortement. Dans ces deux cas une femelle peut donc être fécondée par un autre mâle que celui qui attendrait patiemment de jouer son rôle de père. Celui-ci risquerait, il est évident, de donner ses soins à la progéniture d'un autre mâle. Déjà ici, nous pouvons donc formuler l'hypothèse que chez les mammifères, nous ne trouverons de soins paternels que si la paternité est certaine et ceci

malgré la difficulté d'une telle assurance, puisqu'un intervalle important sépare fécondation et naissance. Plus la gestation est longue, plus le risque d'être cocufié (5) augmente pour le mâle. Nous verrons, à propos des mammifères, que certaines organisations sociales peuvent tout de même garantir une assez grande certitude en ce qui concerne la paternité. C'est dans ce genre d'organisations sociales que nous pouvons nous attendre à retrouver le concours de soins paternels.

A propos des soins paternels chez les oiseaux

Ce qui précède nous permet de formuler l'hypothèse que chez les poissons l'absence de soins parentaux constituerait la phase originelle et serait suivie par une phase au cours de laquelle seul le père s'occuperait des jeunes, puis par une troisième où l'on verrait père et mère se consacrer à égalité à l'élevage des petits. A partir de cette troisième phase, nous assisterions à une évolution vers la polygynie accompagnée par une division de plus en plus marquée du travail (la mère soigne, le père défend), évolution qui aboutirait à des soins strictement maternels, voire à la disparition des soins parentaux [6].

Tout ceci change profondément si nous passons aux oiseaux. La plupart des auteurs pensent que chez les oiseaux la monogamie constitue l'organisation sociale primitive. Selon David Lack [9] (1968), 92 % des espèces actuelles ont conservé cette organisation sociale, ce qui prouve que dans cette classe zoologique ce sont en général les deux parents qui sont nécessaires pour couver les œufs et pour nourrir les oisillons. S'il y a sélection d'un seul parent pour s'occuper de la progéniture, ce sera pratiquement toujours la femelle. Chez le Canard colvert, le mâle quitte la cane au milieu de la période d'incubation. Si l'évolution vers l'asymétrie du cahier des charges des deux sexes est encore plus marquée, la polygamie et la polygynie finissent par remplacer la monogamie. Cette évolution est nette dans le groupe des galliformes (Tétras, Faisans, Paons, Dindons). La dissolution de la monogamie s'accompagne d'une disparition des soins paternels. Chez les Tétras par exemple, les soins paternels font

(5) Ce terme qui pourrait paraître trop populaire s'applique néanmoins parfaitement à la situation. Tout comme cocuage, le terme anglais « cuckoldry » est utilisé depuis le 14e siècle, période à laquelle le parasitisme du Coucou servit d'analogie pour l'infidélité conjugale humaine. Les théoriciens de l'évolution ont adopté le terme « cuckoldry » pour désigner la substitution du sperme d'un mâle hôte par celui d'un mâle parasite au moment de la fécondation. En rapport avec ce qui a été dit à propos des stratégies de reproduction, nous pouvons nous attendre à ce que l'évolution de soins paternels s'accompagne toujours de l'évolution de comportements qui empêchent le cocuage.

totalement défaut et ceci même chez les rares tétraonidés monogames comme la Gélinotte.

Il est intéressant de voir si l'hypothèse du rapport entre soins paternels et certitude de paternité se vérifie chez les oiseaux. Dans cette classe, l'intervalle entre fécondation et ponte est beaucoup plus court (le plus souvent il est de quelques jours seulement) que chez les mammifères. La monogamie (6) offre sûrement une certaine garantie de certitude de paternité, surtout s'il s'agit d'une monogamie avec attachement mutuel des deux partenaires et si le couple monogame s'isole des autres congénères en défendant un territoire. Chez des espèces nichant en colonie, le mâle cherche à maximaliser la certitude d'être le père en surveillant la femelle pendant la période féconde. Le mâle de l'Hirondelle de rivage suit la femelle de très près lors de chaque vol et il cherche à écarter tout autre mâle [10]. L'Etourneau mâle ne commence à participer à la couvaison qu'après la fin de la période féconde de sa partenaire, car l'incubation dans le trou de nidification ne lui permettrait pas de surveiller la femelle. Pendant cette période il ne reste pas forcément très près de sa partenaire mais il choisit un perchoir qui lui permet un contrôle visuel constant [11]. Des études faites sur une espèce de Tourterelle (Streptopelia risoria) ont montré que si l'on enlève la femelle pendant la période féconde, le mâle l'appelle et la cherche fébrilement. Si la femelle est enlevée après la fin de la période féconde ces comportements qui suggèrent un amour passionné ne se manifestent plus [12].

Cette surveillance par le mâle semble justifiée si l'on sait qu'il existe des cas de bigamies même chez des espèces qui ont la réputation d'être strictement monogames. Dans ces cas de bigamies exceptionnelles l'engagement paternel semble diminuer [13]. Chez le Gobe-mouches noir (Ficedula hypoleuca), la bigamie est plus fréquente et des ornithologues suédois [14] rapportent que les mâles polygames assistent beaucoup plus leur première femelle que celles avec lesquelles ils se sont accouplés par la suite. Quant à la contribution paternelle, les femelles secondaires ne sont guère plus favorisées que les veuves et comme ces dernières, elles sont incapables d'élever autant de jeunes que les cou-

(6) Le terme de monogamie, utilisé sans précision supplémentaire, regroupe des structures qui peuvent être assez différentes. Premièrement la monogamie est toujours une affaire de degré soit de durée, soit de fidélité des partenaires ; elle peut être permanente ou saisonnière. Si nous parlons d'une espèce monogame nous devons connaître, tout comme en ethnographie, le pourcentage de couples monogames dans une population. L'attachement des deux partenaires au même lieu de nidification peut donner la fausse impression d'un lien intense entre eux. Ce lien peut être mutuel ou imposé par un partenaire. Ajoutons encore qu'un mâle polygyne qui ne possède qu'une femelle peut paraître monogame.

ples monogames dont la progéniture est en bien meilleur état de nutrition. Chez ce Gobe-mouches, une femelle n'a donc aucun intérêt à s'accoupler avec un mâle déjà engagé et les auteurs pensent qu'une femelle courtisée n'accepte l'accouplement que parce qu'elle n'a pas le temps de vérifier l'état civil du prétendant.

Même s'il est plus difficile de surveiller plusieurs femelles qu'une seule, l'organisation sociale de la polygynie, du harem, assure tout de même un certain degré de certitude de paternité. La territorialité augmente cette certitude, ce qui nous permet de comprendre les soins paternels que nous trouvons chez les grands ratites. L'Autruche mâle est territoriale et constitue un harem de femelles pendant la saison de reproduction. Après la femelle principale, les autres partenaires pondent leurs œufs à un endroit désigné par le mâle, puis les femelles secondaires seront chassées. La femelle, mieux camouflée par son plumage terne, couve le jour, tandis que le mâle qui s'occupe d'ailleurs de l'essentiel du travail (arranger les œufs, les tourner, les déplacer) couve la nuit. Quand le couple quittera le nid avec une vingtaine de jeunes, ce sera surtout le mâle qui les guidera. Si des familles se rencontrent, des combats éclateront entre les mâles et le vainqueur réunira tous les jeunes en un grand troupeau dans lequel les jeunes se trouveront plus protégés. Il s'agit là de la protection fournie par l'effet de masse dans un grand troupeau, que nous rencontrons chez tant de mammifères chassés par des prédateurs et qui habitent un biotope ouvert comme la savane ou la steppe. Pensons par exemple aux antilopes de l'Afrique orientale ou australe. Chez les ratites polygynes (Autruche, Nandou), le mâle est bien plus grand que la femelle et de ce fait, les soins donnés par le père assurent une meilleure protection contre les nombreux prédateurs. Les mâles de plusieurs grands oiseaux dont la taille permet de s'opposer aux prédateurs jouent un rôle de défenseurs (Oies, Cygnes). Ce rôle de défenseur devient encore plus important chez des espèces incapables de voler et exposées ainsi à un grand nombre de dangers. Il valait mieux, dans ce cas, confier l'élevage des jeunes aux mâles plus grands et plus agressifs. Ce raisonnement pourrait paraître tautologique si l'on pensait que la nécessité de défendre la progéniture expliquerait le dimorphisme sexuel en faveur du mâle. Mais la comparaison des espèces montre que la taille et la force supérieure du mâle sont à mettre en rapport avec la compétition intense des mâles polygynes. Ce n'est que secondairement que les jeunes profiteront de la force paternelle.

Mais ce n'est pas toujours le mâle qui est plus agressif et l'on trouve une véritable inversion des rôles chez les Hémi-

podes ou Turnix (oiseaux qui malgré leur parenté avec les Grues ressemblent aux Cailles !), chez la Rhynchée peinte (Rostratula benghalensis) apparentée aux Bécassines, chez les Jacanas et les Phalaropes. La femelle de ces espèces est plus grande que le mâle et, à l'exception de celle des Jacanas, elle est également plus colorée. L'espèce la mieux connue est sans doute le Jacana du Nord (Jacana spinosa) étudié par Donald Jenni et ses collaborateurs [15, 16] au Costa Rica. La femelle, qui pèse à peu près le double du mâle, défend son territoire, un lopin de marais, contre les autres femelles. Son grand territoire est occupé par deux ou trois mâles qui, eux, se chargent de la nidification, de la couvaison et de la surveillance des jeunes. Ainsi la femelle ne fait que défendre son territoire contre des rivales et pondre des œufs dans les nids de ses mâles respectifs. Comment expliquer cette inversion des rôles, cette polyandrie et ces soins paternels exclusifs ? Il semble que la forte pression exercée par le grand nombre de prédateurs - oiseaux et reptiles qui détruisent un grand nombre de couvées - en soit responsable. Pour faire face à la destruction fréquente des couvées, la femelle a été, au cours de l'évolution, déchargée de tout soin à la progéniture pour pouvoir se consacrer entièrement à la ponte et au remplacement immédiat des couvées détruites. De plus, il faut savoir que le biotope favorable aux Jacanas est restreint. Limiter à un minimum le nombre des grandes femelles et confier les soins parentaux à un nombre plus grand de petits mâles qui, du fait de leur taille, consomment moins de nourriture et constituent ainsi des concurrents alimentaires moins dangereux pour les jeunes s'est avéré être une stratégie évolutive favorable [17]. Chez les Phalaropes, la polyandrie successive permet une utilisation maximale de l'été arctique : en effet le Phalarope à bec large (Phalaropus fulicarius) par exemple ne reste que six semaines sur son territoire de reproduction. La polyandrie permet en outre de compenser les pertes lourdes dues aux nombreux prédateurs comme les Renards polaires et les Labbes. Comme la plupart des limicoles élèvent deux couvées, nous pouvons nous imaginer la transition de la monogamie vers la polyandrie de la façon suivante : la première couvée peut être laissée aux bons soins du mâle et la femelle s'occupera de la seconde. Des mâles incubateurs supplémentaires se seraient ajoutés parallèlement à la colonisation d'une lattitude où la saison de reproduction est très courte et la pression des prédateurs très forte.

Soins paternels face à l'allaitement

Avec l'allaitement, l'asymétrie des sexes atteint un point culminant chez les mammifères. La femelle est devenue la spécialiste des soins parentaux précoces et les soins exclusivement paternels sont devenus impossibles. Avec Martin Daly [18], on peut d'ailleurs se demander pourquoi les mammifères mâles n'allaitent pas. Cette question est tout sauf absurde car chez certains cichlidés (Symphysodon discus, Cichlasoma severum, Etroplus maculatus), les deux parents sécrètent un mucus alimentaire qui, déposé sur les écailles, permet aux alevins de se nourrir alternativement sur le corps de l'un ou de l'autre parent. Chez les colombiformes (Pigeons, Tourterelles), les deux parents nourrissent leurs jeunes par leur lait du jabot pendant les jours qui suivent l'éclosion. Aussi bien chez les poissons que chez les oiseaux cités, la sécrétion d'un exsudat ou d'un liquide nutritif est placée sous le contrôle de l'hypophyse et de la prolactine [19]. Cependant, chez les cichlidés et chez les colombiformes, la monogamie est phylogénétiquement plus ancienne que cette capacité d'alimenter les jeunes alors que, chez les mammifères, la monogamie est sans doute postérieure à l'apparition de l'allaitement. Car si l'allaitement par les mâles avait été sélectionné chez les mammifères, il devrait avant tout exister dans des familles et des espèces monogames, chez lesquelles, nous le savons, la paternité est le mieux garantie et chez lesquelles les cahiers des charges des sexes sont le plus symétriques. L'absence de l'allaitement mâle ne semble pas pouvoir s'expliquer par des barrières physiologiques infranchissables. Preuve en sont, par exemple, le cas de galactorrhée pathologique chez le sexe mâle de notre espèce. Chez l'animal, des manipulations expérimentales provoquent la lactation relativement facilement. Martin Daly pense que chez les mammifères la lactation est limitée à l'organisme femelle parce qu'un sein paternel n'aurait pas permis d'augmenter le taux de reproduction. En se basant sur l'étude de groupes de mammifères dans lesquels la monogamie est la plus fréquente - les carnivores et les primates - il arrive à la conclusion que chez les mammifères monogames ce sont les ressources alimentaires devant prendre la relève de l'allaitement qui limitent le nombre des jeunes et non l'allaitement exclusivement maternel. Par opposition à ce que nous observons chez certains poissons et oiseaux, il se révèle donc qu'un deuxième parent spécialiste de la nutrition précoce n'aurait guère de sens chez les mammifères.

Mais les mammifères se distinguent des oiseaux et de la plupart des poissons non seulement par l'allaitement mais également par la gestation. Si ce mode de reproduction

garantit avec certitude que la femelle soigne ses propres petits (le parasitisme du Coucou est impensable chez les mammifères !) la paternité, par contre, devient incertaine à cause du long intervalle qui sépare fécondation et naissance. L'effet d'incertitude dû à la longueur de cet intervalle peut être neutralisé grâce à un lien hétérosexuel stable qui exclut qu'un deuxième mâle ait accès à la femelle. Comme à d'autres niveaux zoologiques, deux structures sociales seulement offrent cette garantie : la monogamie et la polygynie ou harem. La différence considérable entre les sexes propre aux mammifères favorise l'évolution de la polygynie mais elle s'oppose à celle de la monogamie. Selon Edward Wilson [2], trois tendances générales marquent l'évolution sociale des mammifères :

- une tendance à la polygamie et à la polygynie, la grande asymétrie des sexes s'opposant à la monogamie,

- une compétition accrue entre mâles pour avoir accès aux femelles, avec tendance à former une hiérarchie de dominance ou à établir des territoires de reproduction individuels dans le but d'exclure les mâles surnuméraires,

- une intensification du lien mère-fille avec tendance à la formation de clans matrifocaux ou matrilinéaires, c'est-à-dire de groupes composés de femelles apparentées, appartenant à différentes générations.

Nous trouvons le prototype de société qui réunit toutes les tendances énumérées chez beaucoup d'ongulés : les femelles forment des groupes qui sont, selon l'espèce, plus ou moins fermés et dont les membres sont plus ou moins apparentés. Les mâles vivent en groupes hiérarchisés ou établissent des territoires de reproduction individuels. Les groupes ou « cohortes » de mâles surnuméraires non reproducteurs doivent se contenter de la périphérie de l'habitat. Dans de telles organisations, le contact mâle-femelle est en général limité à la saison de reproduction ou à la période de l'œstrus, voire à une partie de l'œstrus seulement. Les mâles, en compétition intense entre eux, et uniquement préoccupés de copuler avec le plus grand nombre possible de femelles, n'ont aucune propension à fournir des soins paternels. Il est clair que l'organisation sociale que je viens de décrire ne garantit plus aucune certitude de paternité au mâle.

C'est comme si les mammifères devaient payer l'acquisition de la gestation et de l'allaitement par la disparition de la monogamie. Tandis que l'immense majorité des oiseaux actuels continuent à vivre en monogamie, mode de vie originel de cette classe, le nombre d'espèces de mammifères

monogames est inférieur à 4, voire 3 % [20, 21] et il semble bien que le mode de vie archaïque des mammifères soit solitaire.

Deux exceptions : les carnivores et les primates

Pour nous, il est intéressant d'apprendre que cette rareté de la monogamie ne se retrouve point avec la même régularité dans tous les ordres de mammifères mais qu'au contraire la monogamie est relativement fréquente chez les deux ordres dans lesquels se trouvent les espèces qui ont atteint le degré d'évolution sociale le plus élevé de la classe : les carnivores, surtout les canidés, et les primates. Ceci est également vrai pour les soins paternels. Voici les chiffres que donnent Devra Kleiman et James Malcolm [22] : seulement 9 à 10 % des genres de mammifères connaissent des soins paternels, tandis que ces soins s'observent dans environ 35 % des genres de carnivores et 40 % des genres de primates. Si nous examinons la totalité des mammifères, nous constatons que le taux de soins paternels ne dépasse que légèrement le taux estimé de monogamie (9 à 10 % de genres avec soins paternels et 7,7 % de genres qui comportent des espèces monogames) tandis que chez les primates, le taux de soins paternels est nettement supérieur au taux de monogamie. Que faut-il en conclure ? Sûrement qu'il existe un rapport étroit entre monogamie et participation du mâle à l'élevage des jeunes, mais également que le degré de cette participation est plus élevé dans les espèces les plus sociales. Ceci n'est pas étonnant car depuis longtemps les éthologues, des entomologistes aux primatologues, ont souligné le rapport étroit qui existe entre intensité de soins parentaux et degré de socialisation.

Mais pourquoi l'évolution sociale a-t-elle atteint un degré aussi élevé chez les canidés et chez les primates supérieurs ? Cette question est d'autant plus importante qu'à l'heure actuelle les spécialistes des différentes disciplines qui traitent du problème de l'hominisation s'accordent à penser que le comportement de nos ancêtres hominidés ressemblait quelque peu à celui de certains carnivores. Comme ces derniers, ils étaient, en tout cas en partie, nécrophages et comme les carnivores sociaux ils vivaient de chasse au grand gibier. Aussi a-t-on proposé de formuler des hypothèses concernant le comportement et l'organisation sociale de nos ancêtres à partir de la complémentarité des études des primates, nos proches parents, et des carnivores auxquels nous lie une convergence quant aux conduites alimentaires [23].

Edward Wilson [2] fait remarquer que chez les mammi-

fères, nous trouvons des organisations sociales complexes surtout chez des espèces de grande taille, dont l'activité est essentiellement diurne et qui habitent un biotope ouvert. Mais cette constatation très sommaire ne nous suffit guère, surtout si nous pensons que la plupart des singes habitent un biotope fermé, la forêt. Pour mieux comprendre cette socialité très développée des canidés et des primates supérieurs, nous devons la mettre en rapport avec, d'une part, leurs stratégies de recherche de nourriture et de lutte contre les prédateurs et, d'autre part, leurs stratégies de reproduction.

Les prosimiens chasseurs d'insectes, espèces qui correspondent le mieux aux ancêtres des singes actuels, mènent une vie solitaire. S'il s'agit par contre d'exploiter des ressources végétales, et en particulier des fruits inégalement distribués dans l'espace, il est sûrement plus favorable de vivre en groupes. A la stratégie alimentaire s'ajoute la stratégie anti-prédateur. Nous observons, en effet, qu'au fur et à mesure que différentes espèces de primates quittent la protection des sommets des arbres pour conquérir le sol d'abord, la savane ensuite, le nombre d'individus de la bande augmente ainsi que la proportion des grands mâles pouvant assurer la défense du groupe.

S'il chasse en meute, un carnivore peut s'attaquer à une proie d'une taille bien plus grande qu'il ne pourrait le faire s'il chassait seul. En coopérant lors de la chasse, Loups, Lycaons ou Lions par exemple, arrivent à tuer des herbivores qui sont bien plus grands et forts que les chasseurs eux-mêmes. De plus l'action coordonnée du groupe permettra la défense de la proie contre un prédateur de taille supérieure.

Selon la théorie sociobiologique, un acte altruiste est fonction du degré de parenté qui lie l'individu qui exécute l'acte altruiste à l'individu favorisé par cet acte. Nous pouvons donc nous attendre à ce qu'un individu qui défend un groupe, défende en réalité un groupe de congénères apparentés et que les membres d'une meute qui coopère en s'opposant à un prédateur ou en chassant une proie soient également des parents assez proches.

Après avoir effleuré la question des stratégies de recherches de nourriture et de lutte anti-prédateur, consacrons quelques lignes aux stratégies de reproduction, car ce sont elles qui englobent les soins parentaux. Les généticiens des populations divisent le monde animal, voire tout le monde vivant, en deux grands groupes. Les espèces appartenant au premier de ces groupes suivent une stratégie de reproduction visant un très grand nombre de jeunes qui atteignent

leur autonomie et leur maturité sexuelle très rapidement et, par conséquent ne nécessitent qu'un minimum de soins parentaux. En se dispersant, ces jeunes payent un tribut de mortalité très lourd qui est compensé par leur grand nombre. Cette stratégie « opportuniste » appelée stratégie r, caractérise les espèces colonisatrices qui sont adaptées à des biotopes instables. Prenons comme exemple la Grenouille rousse qui pond dans la flaque d'eau qui risque de dessécher.

L'autre groupe suit une stratégie appelée K qui se définit par un nombre réduit de jeunes n'atteignant la maturité sexuelle qu'après une enfance relativement longue, période durant laquelle ils sont l'objet de soins parentaux intenses. Cette stratégie (peu de jeunes, mais des jeunes bien équipés pour la vie) est propre aux habitants d'un biotope stable, déjà saturé en espèces. Comme exemple de stratèges K nous pouvons citer la plupart des espèces qui habitent la forêt tropicale, biotope stable par excellence. Certains dendrobatidés, famille de grenouilles venimeuses et arboricoles de l'Amérique Centrale et l'Amérique du Sud, se distinguent par des soins parentaux (très souvent paternels !) très spectaculaires et ne pondent que deux à six œufs par frai. A l'opposé, nous trouvons les grenouilles des régions tempérées chez lesquelles les soins parentaux font défaut et qui peuvent, selon l'espèce, pondre jusqu'à 20 000 œufs. Il existe donc des stratèges r et K à l'intérieur d'un même ordre zoologique. Précisons néanmoins que la stratégie r est beaucoup plus répandue chez les exothermes (poissons, amphibiens) et que la stratégie K prédomine très nettement chez les endothermes et surtout chez les grands mammifères. Les canidés et encore bien plus les primates supérieurs sont des stratèges K par excellence. Prenons comme exemple le Lycaon ou Chien sauvage d'Afrique (Lycaon pictus). Même si les portées de cette espèce sont grandes (elles comptent jusqu'à 12 chiots) le nombre de jeunes par meute est réduit. Si nous faisons abstraction de la forte mortalité des jeunes, ce nombre réduit est dû au fait que les chiennes, contrairement aux félidés, n'ont qu'un œstrus par année et que la femelle dominante est la seule à se reproduire. La longue dépendance des jeunes est en rapport avec la chasse en commun des Lycaons. Après le sevrage, ce sont les adultes de la meute qui assurent la survie des chiots en leur régurgitant la viande qu'ils apportent de la chasse. L'apprentissage de la coopération lors de la chasse nécessite un contact prolongé entre jeunes et adultes. Pour les jeunes qui restent dans la meute de leurs parents, l'âge de reproduction est retardé car ce n'est que le couple dominant qui se reproduit [24, 25].

Nous venons de voir que la théorie sociobiologique prédit qu'il existe un degré de parenté étroit entre individus qui coopèrent ou qui manifestent des conduites altruistes. Et comment ne pas parler d'altruisme chez le Lycaon lorsqu'on observe que tous les adultes, aussi bien mâles que femelles, qui rentrent de la chasse régurgitent de la viande pour les chiots et pour l'adulte gardien qui sont restés au terrier ? Les Lycaons sont une des rares espèces qui permettent aux jeunes de se nourrir en premier sur la proie abattue. Face à ce comportement parental de tous les adultes de la meute, nous pouvons nous attendre à ce qu'ils soient apparentés entre eux. Selon des études plus récentes [26] il s'agit, en effet, d'une parenté très proche, le groupe des mâles étant composé par le mâle dominant, ses frères et ses fils, celui des femelles par des sœurs.

Par opposition aux mammifères « nidicoles » comme le Lycaon, les primates nouveau-nés sont des matricoles. Dès la naissance, ils s'agrippent à la mère qui les transporte pendant une bonne partie de leur enfance. Ce style de maternage limite, bien sûr, leur nombre. De longs intervalles (quatre à cinq ans chez les grands singes) séparent les naissances et chez la plupart des espèces, la mère n'a qu'un seul petit. Ce n'est que chez quelques singes du Nouveau Monde que la naissance de deux petits à la fois est la règle, et nous allons voir que dans ce cas les soins paternels deviennent indispensables. Mais quelle est la gamme de ces soins paternels chez les mammifères ?

En adoptant les catégories de Devra Kleiman et James Malcolm [22], il est d'ailleurs préférable de parler d'investissement parental mâle et de faire la distinction entre formes d'investissement directes et indirectes. Avec les premières, le mâle augmente les chances de survie du jeune en agissant directement sur lui ; dans le second cas, c'est la présence du mâle ou une activité de ce dernier qui (bien que le jeune ne soit pas directement visé) améliore tout de même ses chances de survie (7). Les interventions parentales directes d'un primate mâle par exemple consistent à transporter le petit, l'épouiller, dormir et jouer avec lui. Dans le deuxième groupe se classent des comportements qui permettent l'acquisition, le maintien et la défense de ressources criti-

(7) Mentionnons ici que chez les rongeurs (et très probablement dans d'autres groupes zoologiques dans lesquels l'olfaction joue un rôle prépondérant) le mâle peut avoir, sans trop se fatiguer, une influence directe et indirecte au moyen de phéromones. Chez la Souris, la présence de phéromone mâle tranquillise les jeunes et augmente la cohésion de la nichée [27]. Chez un rongeur monogame (Onychomus torridus), le comportement maternel est plus intense si le père (ou son urine qui contient la phéromone !) est présent. En l'absence de l'odeur paternelle, le léchage maternel diminue [28].

ques (défense du territoire, de la famille ou du groupe), activités qui n'agissent que très indirectement sur le jeune, par exemple en améliorant les conditions de vie de la mère qui l'allaite.

Examinons maintenant différentes sociétés de mammifères en portant notre attention sur les soins parentaux que nous y rencontrons. Etant donné que cet article s'adresse à un lecteur qui s'intéresse en priorité à l'Homme, nous mettrons l'accent sur l'étude des primates et des organisations sociales qui ressemblent le plus aux sociétés humaines. Vu le rôle important que la certitude de paternité semble jouer dans le règne animal, nous commencerons par prendre en considération les organisations sociales qui ne comportent qu'un seul mâle adulte. Celles-ci, qu'il s'agisse de monogamie ou de polygynie, ne pourront se comparer aux sociétés humaines que très partiellement car chez l'Homme une famille, qu'elle soit monogame ou polygyne, fait toujours partie intégrante d'une communauté plus grande.

Organisations sociales ne comportant qu'un mâle adulte

Monogamie (primates)

La comparaison des organisations sociales de vertébrés met en évidence qu'à tous les niveaux zoologiques de cet embranchement la monogamie s'accompagne d'une morphologie semblable des sexes, c'est-à-dire d'un monomorphisme sexuel ou, éventuellement, d'un dimorphisme sexuel très réduit (8). Les rôles ou cahiers des charges des deux sexes sont partagés ou divergent très peu par opposition à ce qui s'observe dans les organisations sociales polygames et polygynes où la division du travail est la règle (9). Le nombre de jeunes est habituellement réduit, leur période de croissance longue et leur maturité sexuelle tardive. Les espèces monogames habitent très souvent un biotope stable dans lequel le couple défend un territoire. Le lecteur aura reconnu un ensemble de traits qui caractérisent la stratégie de reproduction du type K.

---

(8) Par mono - et dimorphisme sexuel, j'entends la présence ou l'absence de différences morphologiques (en général très apparentes : taille, plumage ou pelage, cornes et ramures, canines, etc.) qui ne sont pas en rapport immédiat avec les fonctions reproductrices. Je préfère, en revanche, parler de différences entre les sexes quand il s'agit de l'ensemble des différences suivantes : anisogamie, différences des organes sexuels externes et internes, dimorphisme sexuel [29,30]

(9) Quand les répertoires des comportements des deux sexes ne diffèrent guère ou peu comme c'est en général le cas chez les espèces monogames, l'éthologue parle de mono-éthisme sexuel.

Bien que rare chez les mammifères en général, la monogamie est plus fréquente chez les carnivores et les primates. Ceci est particulièrement vrai pour une famille de singes, les hylobatidés, qui n'est constituée que d'espèces monogames : les Gibbons et les Siamangs. Chez ces derniers, David Chivers [31] a observé des soins paternels remarquables. Jusqu'à l'âge de 12 à 16 mois, le petit reste dépendant de la mère mais plus tard il est porté par le père. Jusqu'à la naissance de l'enfant suivant, le jeune passe la journée avec le père mais retourne auprès de la mère pour dormir. Dès la naissance du petit frère ou de la petite sœur, le juvénile dormira avec le père. Il finira par dormir seul à partir de l'âge de cinq ans et c'est volontairement qu'il quittera la famille trois à quatre ans plus tard.

Beaucoup d'espèces de singes qui habitent la forêt primaire du Nouveau Monde se distinguent également par des soins paternels particulièrement intenses. Dans un des premiers articles traitant du comportement parental chez les primates [32], l'auteur soulignait déjà l'importance de l'investissement paternel chez les platyrhiniens monogames, investissement souvent plus considérable que celui de la mère. C'est le père qui porte l'enfant chez le Douroucouli (Aotus trivirgatus), chez les Titis (Callicebus sp.), c'est également lui qui se charge des deux petits chez les callitrichidés, famille dans laquelle il naît en général deux petits à la fois (Tamarins, Ouistitis). Dans toutes ces espèces, les petits ne passent du père à la mère que pour la tétée et éventuellement pour la stimulation des excrétions et le nettoyage. Le plus souvent le père se charge des petits très tôt. Chez le Singe - lion doré (Leontideus rosalia), le mâle porte les petits dès la naissance si la mère est faible [33]. Dans cette espèce, le père manifeste d'ailleurs plus d'intérêt pour le nouveau-né que la mère : c'est lui qui le lèche et qui le surveille et la tâche de la mère se limite à l'allaitement. En comparant des singes monogames du Nouveau Monde, Devra Kleiman [20] montre que le père commence à transporter les jeunes d'autant plus tôt que leur poids est élevé comparé à celui de la mère. Ceci nous fait comprendre pourquoi le père chez les petites espèces à naissances doubles intervient dès le premier jour. Chez le Douroucouli, espèce plus grande, qui n'a qu'un petit à la fois, le mâle ne porte le jeune qu'après une dizaine de jours et chez le Singe hurleur (Alouatta sp.), même s'il vit en monogamie, le mâle ne transporte plus du tout le petit [34]. Nous comprenons donc que chez les hylobatidés, famille chez laquelle la mère est grande par rapport au nouveau-né, l'intervention précoce du père n'est plus nécessaire, ce dernier se limitant à jouer un rôle important dans l'élevage au cours de la deuxième moitié de l'enfance.

L'altruisme du mâle se manifeste aussi dans son comportement face au danger. Le Semnopithèque de Mentawaï (Presbytis potenziani) — îles devant la côte ouest de Sumatra — cherche à attirer l'attention de l'homme, son principal prédateur, en criant et en secouant des branches. Par cette stratégie de diversion, ce seul représentant monogame de la famille des cercopithécidés protège ses jeunes qui se cachent, immobiles et silencieux. Le comportement de diversion fait défaut si le couple n'a pas de progéniture car si un mâle est seul ou s'il n'est accompagné que par sa femelle, il a tendance à s'éclipser sans faire de bruit [35].

Chez les singes monogames, la femelle participe d'ailleurs souvent à la défense du territoire familial. Ainsi les deux parents contribuent indirectement (défense du territoire) et directement (nutrition, épouillage, surveillance, transport) à l'élevage de leur progéniture et (comme nous venons de le voir) chez quelques espèces la propension aux soins parentaux directs semble même plus marquée chez le mâle que chez la femelle.

Une des plus belles démonstrations du rapport étroit qui existe entre monogamie et degré d'investissement paternel chez les primates est fourni par les observations chez les Hurleurs, un genre de cébidé dont les différentes espèces vivent aussi bien en groupes à plusieurs mâles qu'en polygynie ou en monogamie. Si l'organisation sociale est polygame ou polygyne, les mâles sont en général tolérants mais indifférents à l'égard des petits. On a observé qu'ils interviennent si un jeune du groupe est en danger, mais en aucun cas ils ne font preuve de la sollicitude paternelle que Inge Bolin [34] a observée dans une population essentiellement monogame (Alouatta paliata pigra) au Honduras britannique. Dans ces familles monogames, le père joue très souvent avec le jeune. Il est d'une tolérance parfaite, permet au jeune d'explorer son corps ; la fréquence et la durée des contacts corporels étroits accompagnés d'interactions multiples peuvent être supérieures à celles qu'on observe entre le jeune et la mère. L'auteur rapporte que cette dernière, avant de s'aventurer vers l'extrémité des branches pour chercher de la nourriture, dépose le petit auprès du père où elle le reprendra plus tard. Inge Bolin insiste également sur les grandes différences des comportements individuels de ces mâles monogames dans leur relation avec le jeune.

Tous ces soins paternels, toutes ces preuves d'un altruisme du mâle en faveur des jeunes observés chez les primates monogames ne devraient pas nous étonner, étant donné que le mâle vit dans une organisation sociale qui garantit sa certitude d'être le père. Ces observations sont en

accord avec la thèse sociobiologique qui veut que les soins paternels soient d'autant plus intenses que la paternité est plus sûre, que la propension à l'altruisme soit d'autant plus prononcée que les individus favorisés par cet altruisme sont des parents proches.

Polygynie (primates)

Si le groupe reproducteur est constitué par un groupe de femelles placées sous la direction d'un mâle, la paternité du mâle est garantie à condition qu'aucun autre mâle n'ait accès aux femelles et que les fils quittent le groupe à l'approche de leur maturité sexuelle ou encore, que leur comportement sexuel soit inhibé par la présence du père. Par opposition à la monogamie, structure relativement homogène chez les primates, la polygynie s'observe chez les singes sous des formes variées. Pour commencer, il faut distinguer les polygynies isolées et les familles polygynes groupées en communauté plus grande. La polygynie isolée se compose en général d'un groupe de femelles alliées, voire apparentées auquel s'est associé un mâle qui, bien que dominant, y est relativement peu intégré. Nous observons ce type de structure chez la plupart des cercopithécidés strictement arboricoles et chez le Patas (Erythrocebus patas), espèce adaptée à la savane. Des observations montrent que dans ces espèces, le mâle est incapable de s'imposer au groupe des femelles par sa seule force et ceci malgré un dimorphisme sexuel souvent important. Ainsi un groupe de femelles Patas ne semble accepter un mâle que s'il leur convient et il suffit que deux femelles se lient pour affronter le mâle pour qu'il n'arrive plus à leur faire accepter sa loi.

Les sociétés qui regroupent un nombre plus ou moins grand de familles polygynes et de mâles célibataires sont typiques de l'Hamadryas (Papio hamadryas) et du Gélada (Theropithecus gelada). Entre ces deux espèces, également terrestres, il existe cependant de grandes différences quant à la structure du harem. Chez l'Hamadryas, le mâle entretient des relations sociales avec chacune de ses femelles et en même temps empêche les interactions entre elles. Le sociogramme de ce harem se présente donc comme une étoile avec le mâle au centre et les femelles situées aux extrémités. Un sociogramme du harem Gélada, par contre, a plutôt la forme d'un serpent dont le mâle constituerait la tête. Le mâle Gélada n'est en interaction sociale intense qu'avec la femelle dominante qui, elle, est en relation privilégiée avec la femelle béta. La femelle alpha tente de s'opposer à l'établissement de liens entre la femelle béta et le mâle [36]. Il semble évident que ces différentes configurations sociales, l'une stellaire et l'autre linéaire, doivent conditionner les

relations entre le mâle et les petits des différentes femelles. Chez l'Hamadryas, qui, bien plus possessif que le Gélada, règne en maître absolu sur ses femelles, nous pouvons nous attendre à une attention paternelle également répartie envers tous les jeunes, tandis que, chez le Gélada, la relation entre le mâle et le jeune de la femelle dominante n'est sûrement pas la même que celle qu'il entretient avec le petit d'une femelle subordonnée. Mais laissons de côté, pour le moment, ces sociétés dont la famille polygyne ne constitue que le premier échelon d'une organisation plus complexe. Nous verrons plus loin qu'il vaut mieux considérer ces sociétés comme des bandes multi-mâles car elles regroupent, en effet, plusieurs leaders de harem et un certain nombre de mâles célibataires.

Comme le dimorphisme sexuel (poids, taille, canines) en faveur du mâle polygyne est très marqué, la défense du groupe n'incombe pour ainsi dire qu'à lui seul. A cause de cette spécialisation comme défenseur mais également à cause du nombre des petits, l'investissement paternel sera essentiellement indirect. Même chez le Patas, chez lequel le comportement paternel semble particulièrement réduit [37], nous retrouvons une stratégie anti-prédateur qui ressemble à celle que je viens de décrire chez le Semnopithèque de Mentawaï. Courant un risque considérable, le Patas mâle affronte l'agresseur en essayant, par un comportement de diversion, de l'éloigner des membres du groupe qui restent camouflés. Les observations faites chez le Hurleur, déjà citées, confirment qu'à l'intérieur du même genre voire à l'intérieur de la même espèce, l'attitude du mâle à l'égard du petit change beaucoup selon que ce mâle vit en famille monogame ou polygyne. Dans le second cas, elle se caractérise essentiellement par une indifférence tolérante. Même si le mâle polygyne peut courir au secours d'un petit en danger, il ne manifestera jamais la sollicitude paternelle quasi-permanente du mâle monogame [34]. Cela nous rappelle la diminution de l'engagement paternel observée en cas de bigamie chez les oiseaux monogames.

Si nous résumons brièvement ce qui a été dit à propos des organisations sociales qui ne comportent qu'un seul mâle adulte et qui, de ce fait, semblent garantir entièrement la certitude de paternité, nous pouvons retenir ce qui suit : dans la monogamie où mâles et femelles se partagent les mêmes charges, la contribution en soins paternels directs et indirects est importante. Dans la polygynie, l'investissement paternel se limite à une contribution essentiellement indirecte, ce qui est en rapport étroit, bien sûr, avec le nombre plus élevé de petits et avec le dimorphisme sexuel qui prédestine le père au rôle de défenseur de l'unité familiale.

Sociétés de mammifères comportant plusieurs mâles adultes

La garantie de paternité se perd si plus d'un mâle adulte a accès à la même femelle. Faisons abstraction des espèces solitaires et ne considérons que des espèces dont l'organisation sociale est relativement complexe. Comme la polyandrie n'existe pas chez les mammifères, nous avons forcément affaire à un groupe de femelles en contact avec plusieurs mâles. Dans ce cas, nous nous trouvons devant deux possibilités. Premièrement les mâles, isolés ou regroupés, peuvent être étrangers, extérieurs ou périphériques par rapport au groupe des femelles avec lequel ils n'entrent en contact que passagèrement pendant la saison de reproduction. Dans le second cas, les mâles sont intégrés dans le groupe et forment avec les femelles une société mixte. Les espèces chez lesquelles les mâles sont séparés des femelles au moment des naissances et durant la petite enfance des jeunes ne nous concernent guère, car une telle ségrégation des sexes empêche, par définition, les soins paternels. C'est le cas, pour donner un exemple, de notre Bouquetin. Nous devons donc tourner notre regard vers des sociétés qui permettent une intégration plus ou moins permanente des mâles. Si nous nous limitons aux sociétés de mammifères les plus complexes, nous pouvons alors distinguer deux types qu'il nous faut examiner de plus près : les sociétés matrifocales ou matrilinéaires et les sociétés patrifocales et patrilinéaires (10).

Société à organisation matrifocale ou matrilinéaire

Nous trouvons les meilleurs exemples de cette organisation sociale chez l'Eléphant d'Afrique, chez le Lion et chez la plupart des primates supérieurs comme les Babouins de savane (11) et les Macaques. Chez toutes ces espèces, le noyau

---

(10) L'emploi des termes matri - et patrifocal est courant en biologie. Ces termes désignent une société animale dont le centre est constitué par la mère ou par le père, l'émigration se limitant généralement aux congénères du sexe opposé. L'utilisation des termes matri - et patrilocal, matri - et patrilinéaire, pose plus de problèmes car ils sont empruntés à l'ethnologie où ils ont une signification précise. Il semble néanmoins justifié de parler d'une société matrilocale ou patrilocale s'il s'agit d'un groupe attaché à un territoire et dont le noyau est constitué par des membres apparentés du même sexe, l'émigration se limitant une fois de plus au sexe opposé. L'emploi des termes matri - et patrilinéaire est bien plus contestable mais je m'y suis autorisé dans le cas où il existe un héritage, de quelque nature qu'il soit, qui se transmet à l'intérieur de la même lignée, par exemple si des singes femelles héritent du rang de leur mère ou si des mâles héritent du groupe de femelles ou du territoire de leur père.

(11) Par Babouins de savane, on entend le plus couramment trois des espèces de Babouins qui peuplent la savane africaine du Nord au Sud : le Babouin doguéra ou anubis (Papio anubis) au Nord de l'Equateur, le Babouin jaune (Papio cynocephalus) au Sud de l'Equateur et le Chacma (Papio ursinus), en Afrique australe. Ce groupe de Babouins dont l'organisation sociale est très semblable et bien connue s'oppose à l'Hamadryas (Papio hamadryas) qui, adapté à un biotope semi-désertique, vit également dans une autre organisation sociale que le reste des Babouins.

du groupe est formé par un ou plusieurs clans de femelles apparentées appartenant à différentes générations. Par opposition aux mâles, qui quittent le groupe d'origine à l'approche de la maturité sexuelle (parfois même plus tard), les femelles n'émigrent pas et garantissent ainsi la permanence de la structure sociale dans le temps. Selon l'espèce considérée, les mâles adultes, qui ont en principe émigré, sont plus ou moins intégrés. Chez l'Eléphant, ils restent périphériques et leur lien avec le clan des éléphantes n'est que passager. Chez le Lion, l'intégration est bien plus marquée, car pendant quelques années les mâles sont placés à la tête d'un groupe de femelles et se chargent de la défense territoriale. Chez les Babouins de savane et les Macaques, l'intégration des mâles est telle qu'il devient exceptionnel de voir un ou plusieurs mâles isolés. La comparaison de ces espèces semble nous confirmer que les soins qu'un individu adulte prodigue aux jeunes du groupe sont d'autant plus intenses que la parenté entre cet adulte et le jeune est proche et probable.

Chez l'Eléphant, les mâles n'accompagnent le clan matrifocal qu'occasionnellement, quand les femelles sont en œstrus. La défense du groupe et l'élevage des jeunes sont assurés entièrement par les femelles. La théorie sociobiologique prévoit que plus les individus sont apparentés, plus leur coopération sera intense. A l'intérieur du clan fermé des éléphantes constitué par la matriarche ou mater-familias, ses filles et ses petites-filles et les petits de toutes ces femelles, la parenté est très étroite et le degré de coopération des membres du clan trouve sa meilleur expression dans l'allaitement non discriminé : tout jeune peut téter chez toute femelle qui a du lait. La probabilité qu'un des mâles accompagnateurs du clan soit apparenté à un jeune du groupe est, en revanche, très faible et il n'est donc pas étonnant que les soins paternels fassent entièrement défaut chez l'Eléphant [2] (p. 491 - 8).

Nous retrouvons l'allaitement sans discrimination chez les Lionnes qui forment également un clan. Les mâles, deux, trois ou plus et qui sont habituellement des frères, restent à la tête du clan (« pride » en anglais) pendant plusieurs années. Il est donc fort probable qu'un lionceau soit le fils ou le neveu d'un leader et vu cette paternité ou parenté quasi sûre, nous pouvons nous attendre à ce que les mâles contribuent à l'élevage des petits. Par leur défense du territoire et du groupe, ils fournissent en tous cas un investissement parental indirect. De plus, on a observé que les mâles en présence d'une proie abattue font preuve d'une tolérance remarquable à l'égard des jeunes et qu'ils supportent mieux que les femelles le chapardage [5]. Des calculs concernant le

degré moyen de parenté entre les différents membres de la horde ont montré qu'un mâle adulte et un lionceau sont, en effet, bien plus étroitement apparentés entre eux que ne le sont une femelle et un lionceau, ce qui nous expliquerait, en parfait accord avec la thèse sociobiologique, la plus grande tolérance des mâles [38] (12). Les résultats des études chez la Hyène tachetée viennent également étayer cette thèse. Comme les Lionnes, les Hyènes femelles chassent en commun mais elles ne coopèrent pas pour l'élevage des jeunes. Etant donné l'absence d'un effort parental commun, nous ne sommes pas très étonnés d'apprendre que les Hyènes femelles d'un groupe ne sont pas apparentées entre elles [39, 40]. On est tenté de formuler l'hypothèse que pour la chasse en commun, la parenté entre les chasseurs ne serait pas indispensable (un principe de réciprocité pourrait suffire pour expliquer cette coopération) alors que cette parenté serait indispensable pour l'élevage en commun.

Chez les Babouins de savane et chez les Macaques, les mâles adultes sont bien mieux intégrés dans le groupe que chez le Lion. Cette intégration est à comprendre comme un résultat de l'évolution sociale des primates, évolution qu'il faut esquisser brièvement. Comme pour les mammifères en général, la vie solitaire, parfaitement adaptée à la chasse aux insectes, se trouverait à l'origine de cette évolution qui aurait mené, dans un second temps, soit à la monogamie soit à la polygynie. Dans les deux cas, il s'agit d'organisations sociales relativement simples comprenant deux à quinze individus. Chez les singes, aussi bien la famille monogame que la famille polygyne sont habituellement adaptées à la vie arboricole, à la forêt primaire. Les espèces qui se tiennent le plus souvent au sol ou qui, en abandonnant la protection de la forêt, ont pénétré dans un biotope ouvert comme la savane, sont soumises à une pression bien plus grande de la part des prédateurs. A cette menace accrue, les espèces concernées ont répondu, entre autres, par une stratégie anti-prédateur qui consiste à augmenter le nombre de mâles adultes, défenseurs du groupe. Nous trouvons donc ces groupes multi-mâles chez les espèces forestières qui se tiennent souvent au sol comme par exemple les Cercocèbes à collier blanc ou « Crapules » (Cercocebus torquatus) et surtout chez les espèces peu ou pas forestières comme les Babouins de savane et la plupart des Macaques [41]. Mais même une espèce forestière et strictement arboricole peut suivre l'évolution décri-

(12) Les soins paternels ne se manifestent donc pas seulement sous forme d'actions positives facilement observables mais également sous forme de tolérance, de respect d'un moratoire au profit des jeunes. Il est évident qu'il est bien plus difficile d'apprécier le degré de l'investissement paternel s'il faut se baser sur l'absence de comportements agressifs que si l'on peut mesurer ou compter des actions positives favorables aux jeunes.

te. Cela semble être le cas du Colobe bai (Colobus badius badius) dans la forêt de Taï (Côte d'Ivoire) où ces singes sont soumis à une chasse intense de la part des Chimpanzés.

Il est évident que la présence de plusieurs mâles adultes dans le même groupe favorise la promiscuité. La promiscuité exclut toute certitude de paternité. Comme ces mâles immigrent à des moments différents et qu'ils ne sont, en général, pas apparentés entre eux, les soins paternels devraient être minimes voire inexistants chez les Macaques et Babouins de savane. Ceci n'est pas le cas et les rapports des primatologues sont truffés d'observations selon lesquelles les mâles soignent ou transportent des petits. Comment expliquer ce phénomène ?

Avant de connaître les détails de la structure complexe des groupes multi-mâles, le transport, la surveillance, l'épouillage des jeunes par des mâles furent avant tout considérés comme des stratégies sociales raffinées propres aux primates. Chez les Macaques du Japon (Macaca fuscata), un mâle subordonné peut, en effet, pénétrer au centre du groupe où ne se tiennent que les individus dominants, à condition qu'il porte un petit. C'est surtout chez le Magot (Macaca sylvanus), le Macaque de Gibraltar et du Maroc, que l'on avait observé que pratiquement toutes les rencontres entre mâles impliquaient un jeune utilisé comme un objet intermédiaire d'apaisement [42]. Comme c'est le cas pour une mère, la présence d'un petit protège donc le mâle qui le transporte ou le soigne. Plus que de soins altruistes, il s'agirait donc d'une utilisation, voire une exploitation des petits, ce qui pourrait témoigner du niveau élevé de l'intelligence sociale des primates supérieurs. Même si cette explication a toute sa valeur, elle paraît néanmoins loin d'être complète.

Chez le Babouin de Guinée (Papio papio) qui habite l'extrémité ouest de l'Afrique occidentale, la horde qui reste compacte pour les déplacements se subdivise en petites unités constituées par un mâle adulte et quelques femelles et jeunes quand ces singes recherchent leur nourriture dans les plantations ou quand ils grimpent sur les arbres pour passer la nuit [43]. En Ethiopie, dans des régions inhabituellement arides pour l'espèce, les hordes de Babouins doguéra (Papio anubis) se subdivisent également en petites unités comportant un grand mâle [44]. Bien que la composition de ces petites unités de la grandeur d'une petite famille polygyne ne soit pas fixe, elle est tout de même relativement stable et les observateurs pensent qu'elle repose sur des préférences et des affinités inter-individuelles. Chez les deux espèces de Babouins mentionnées, la subdivision en petites unités de type familial s'explique par les contraintes écologiques.

Lorsque les Babouins pénètrent dans les plantations, les écrans végétaux et les difficultés de communication visuelle qui en résultent semblent à l'origine de l'éclatement de la bande. Dans une région aride aux ressources de nourriture clairsemées, la recherche par petits groupes espacés est plus efficace et la présence d'un mâle adulte par unité garantit tout de même une certaine protection. Comme les arbres sur lesquels les Babouins de Guinée passent la nuit n'offrent de place que pour cinq à six individus par arbre, la subdivision nocturne s'explique aussi très facilement.

Des études plus récentes prouvent que de tels sous-groupes existent même à l'intérieur de bandes compactes. Dans une étude détaillée sur une bande d'environ quarante-cinq Babouins jaunes (Papio cynocephalus) de l'Amboseli, Jeanne Altmann [45] décrit comment elle a pu distinguer des sous-groupes d'animaux qui se retrouvent pour passer la nuit ensemble. L'auteur pense que la parenté est plus étroite à l'intérieur de ces sous-groupes que dans l'ensemble de la horde, le mâle du sous-groupe étant en général le père des jeunes de cette petite unité. L'observateur peut d'ailleurs, avec une grande sécurité, déterminer le père des jeunes, car l'association hétérosexuelle durant la phase maximale de l'œstrus est, pour un chercheur qui connaît bien le groupe, très claire.

Nous voyons donc que plus nous pouvons nous baser sur des études longitudinales détaillées qui permettent de connaître l'origine et la parenté de chaque membre du groupe, plus la promiscuité dont parlent les premiers observateurs doit être relativisée. La belle étude de Jeanne Altmann montre que pour l'observateur attentif d'une bande de Babouins de savane, des sous-groupes polygynes se dessinent également le jour et que ces ébauches de familles correspondent aux sous-groupes de nuit. Selon ces observations, la plupart des dyades mère-enfant sont associées avec deux mâles adultes plus ou moins dominants. Ces associations (le lien avec l'un des deux mâles semble être plus étroit) sont antérieures à la naissance du petit. Après la naissance, un mâle accompagne ou même surveille mère et nouveau-né. Ce mâle joue un rôle de défenseur, d'élément tampon entre la dyade mère enfant et les autres membres du groupe. Ceux-ci, attentifs à l'attitude et à l'emplacement du mâle adulte, se gardent d'approcher la mère. Etant donné l'avidité des femelles à manipuler un tout petit, ce rôle protecteur est très utile et Jeanne Altmann a pu observer des comportements de menace du mâle « protecteur » adressés à des membres du groupe qui essayaient de s'emparer du petit en le tirant par les extrémités.

Une autre étude très récente sur le Chacma (Papio ursinus) vient compléter les observations faites chez le Babouin jaune. Curt Busse et William Hamilton [46] ont constaté qu'un mâle qui émigre dans une bande et qui y conquiert un statut de dominant conserve ce rang élevé pendant cinq mois en moyenne. On sait depuis plus longtemps que ce sont les mâles alpha qui engendrent la plupart des petits du groupe, car eux seuls peuvent s'associer aux femelles au moment de la fécondité maximale de l'œstrus. Dans le but de profiter le plus possible de leur période de dominance, les mâles immigrants ont tendance à s'attaquer aux petits qui ne sont pas encore sevrés. Leur mort, en interrompant la lactation, rétablirait le cycle œstral. De ce fait, la mère serait de nouveau en œstrus très rapidement, et le mâle pourrait immédiatement mettre à profit la fécondité retrouvée de la femelle pour augmenter ainsi sa propre progéniture. L'infanticide, comme déjà dit, est à comprendre comme un extrême négatif de la stratégie de reproduction mâle et s'oppose au volet positif constitué par les soins paternels. Pour les nourrissons, les mâles immigrants constituent donc un danger infiniment plus grand que les autres membres du groupe. Comme les pères ne sont dominants que lors de la conception de leurs petits et qu'ils ont en général perdu leur rang élevé à leur naissance, on comprend qu'ils cherchent à protéger leur progéniture contre les mâles immigrants. Les auteurs cités ont observé que les petits se mettent à crier et qu'ils demandent à être portés lorsqu'un mâle immigrant les approche. Les mères de ces nourrissons crient également quand un mâle intrus vient trop près et ces cris attirent le père. C'est alors souvent lui qui porte le nourrisson jusqu'à ce que le risque d'un affrontement soit passé. Les mères n'interfèrent pas, observent l'interaction entre mâles de loin et reprennent leur petit quand le conflit est terminé. Chez le Babouin jaune, Jeanne Altmann a également observé qu'un mâle peut être protégé par la présence d'un jeune mais elle a souligné que c'est seulement quand il existe une véritable relation positive entre le nourrissson et le mâle (le plus souvent il s'agit du père) que le petit s'agrippe à lui de sa propre initiative. Sinon le mâle est obligé de soulever et de porter le nourrisson.

Nous finissons donc par constater que les soins paternels, qui existent chez les Babouins de savane malgré la promiscuité qui devrait les exclure, finissent par se justifier au moment où des études suffisamment longues et fines prouvent que la bande se subdivise en réalité en sous-groupes, réelles ébauches de familles, permettant d'atteindre un degré raisonnable de certitude de paternité.

Focalisant jusqu'ici notre attention sur les Babouins, nous avons laissé de côté les Macaques, genre qui pourtant constitue avec ses douze espèces et une cinquantaine de sous-espèces un matériel de comparaison socio-éthologique particulièrement riche. En effet, malgré des organisations sociales comparables, l'intensité des soins parentaux de la part du mâle est extrêmement variable. Nous nous trouvons devant toute une gamme de gradation de soins, allant de l'indifférence marquée que l'on observe chez le Rhésus (Macaca mulatta), à l'autre extrême, représenté par le Magot, qui manifeste un vif intérêt pour les jeunes. A ces différences observées chez les mâles correspondent des différences du comportement maternel. Aussi les mères Rhésus sont-elles beaucoup plus possessives et restrictives à l'égard de leur petit que les mères Magot. Faut-il en déduire que l'intérêt des mâles pour les petits est fonction de l'attitude maternelle ou faut-il croire qu'il existe des différences spécifiques caractérisant les mâles ? Et si cette dernière hypothèse est à retenir, existe-t-il un rapport entre soins parentaux du mâle et variantes, à première vue minimes, de l'organisation sociale ? C'est l'avenir qui donnera la réponse définitive, mais il semble bien que toutes les tentatives d'explications énumérées contiennent une part de vérité. Il est clair que l'attitude maternelle, restrictive ou tolérante, décourage ou encourage les mâles à s'intéresser aux petits. Toutefois, d'autres facteurs semblent encore entrer en jeu, par exemple le taux d'agressivité propre à une espèce. Ainsi les mâles Rhésus, peu portés à prendre soin de leur progéniture, passent pour être des singes particulièrement agressifs. L'agressivité mâle, tout comme le type de comportement maternel, semble être en rapport avec les conditions écologiques et l'organisation sociale.

C'est le genre d'alimentation et la manière de se la procurer qui, étant à l'origine d'une compétitivité plus ou moins accentuée, semble déterminer le degré de rigidité de la hiérarchisation sociale. Il s'ensuit que les femelles insérées dans une organisation hiérarchique stricte manifestent une tendance à imposer beaucoup de restriction à la mobilité de leurs jeunes [47]. Moins l'ordre hiérarchique est prononcé, plus les femelles vont être tolérantes entre elles. Peu restrictives, les mères permettent qu'un bébé soit manipulé par les autres femelles. C'est ainsi que le petit, devenu le centre d'attraction du groupe, finit par renforcer sa cohésion. Cependant, il faudra sans doute, dans un avenir proche, relativiser ces notions de différences entre espèces, car déjà maintenant de nombreuses observations portant sur des populations d'une même espèce soumises à des contraintes différentes de milieu et de densité de population montrent

que l'organisation sociale est à comprendre comme un système souple s'adaptant au milieu. Selon les exigences de ce dernier, l'organisation hiérarchique, la comptabilité sociale à l'intérieur du groupe et entre les groupes voisins, peuvent varier considérablement. Les observations de groupes en captivité et de populations libres qui vivent dans des conditions particulières (pensons ici aux Rhésus technophiles qui vivent en ville) mettent en évidence que surpopulation et ressources de nourriture concentrées dans le temps et dans l'espace sont des facteurs qui intensifient tout particulièrement la concurrence pour la nourriture, la rigidité de la hiérarchie, ainsi que la restrictivité des comportements maternels et l'intensité des soins mâles.

Il est intéressant de souligner que même chez les espèces qui se caractérisent par des soins parentaux mâles moins intenses, comme le Rhésus ou le Macaque à queue de cochon (Macaca nemestrina), le degré de tolérance des mâles est en rapport avec le degré de parenté qui les lie aux jeunes [48, 49]. Se pose alors la question de savoir, surtout si nous pensons à des bandes de Macaques qui peuvent regrouper plusieurs centaines d'animaux, comment un individu distingue un congénère apparenté d'un autre.

Un des moyens les plus économiques (et l'évolution a tendance à sélectionner les mécanismes les plus économiques) est la substitution de la reconnaissance de la parenté par la familiarité. Comme la proximité spatiale des individus d'une espèce sociale correspond, en général, au degré de proximité génétique, la familiarité peut servir d'indice de parenté proche. Ainsi la familiarité, qui est le résultat d'une fréquentation d'un congénère de la même classe d'âge depuis l'enfance, semble être un indice suffisamment fidèle du fait que ce congénère est un frère ou une sœur, un demi-frère ou une demi-sœur. Un degré élevé de familiarité semble d'ailleurs empêcher qu'il se développe une attraction sexuelle à l'âge adulte, s'opposant ainsi à l'établissement d'une relation endogamique entre frères et sœurs. Plusieurs auteurs pensent que ce mécanisme pourrait jouer un rôle même chez l'Homme, ce qui expliquerait l'absence totale de mariages entre jeunes élevés ensemble dans le même Kibboutz où, en principe, aucun tabou ne s'oppose à un tel mariage. C'est comme si ces jeunes suivaient la règle suivante : nous avons été enfants ensemble, donc nous risquons d'être frères et sœurs : c'est pourquoi nous ne nous marierons pas [50].

Il suffit donc qu'un primate mâle manifeste plus de tolérance, prodigue des soins aux jeunes qu'il a l'habitude d'avoir autour de lui, pour qu'il favorise, selon toute probabilité, sa propre progéniture. Il suffit également qu'un

mâle traite avec plus d'égard le petit d'une femelle qui lui est familière, avec laquelle il a une relation privilégiée, pour que sa tolérance profite, presque à coup sûr, à son propre jeune. Des observations de prise en charge de petits orphelins chez le Chacma en liberté nous apprennent que ce sont des femelles et des mâles subadultes qui « adoptent » les orphelins plutôt que des adultes, comme on aurait pu s'y attendre [51]. Le rang des jeunes femelles qui « adoptent » l'orphelin est très proche de celui qu'occupait sa mère. Chez les femelles d'une société matrilinéaire, cette proximité de rangs hiérarchiques correspond, tout comme le degré de familiarité, au degré de parenté. Les femelles subadultes semblent donc limiter la prise en charge à des orphelins proches parents en faisant une discrimination. Ceci n'est pas le cas pour les mâles subadultes qui « adoptent » même des orphelins étrangers que les observateurs relâchent près de la bande. Une fois de plus, le principe d'économie semble être à l'œuvre : comme il est hautement improbable qu'un mâle subadulte se trouve en face d'un orphelin appartenant à une autre bande et avec lequel il ne serait donc pas apparenté du tout, il n'est pas nécessaire que le mâle subadulte distingue entre membre du groupe et étranger quand il s'agit de prendre en charge un orphelin. N'oublions pas que le mâle subadulte se trouve encore dans son groupe d'origine et qu'il est, de ce fait, plus ou moins apparenté à toutes les femelles et à tous les petits de ce groupe de reproduction. Ceci n'est pas le cas pour un mâle adulte qui a immigré dans la bande et qui, pour cette raison, risque de favoriser un jeune avec lequel il n'a aucun lien de parenté à moins qu'il distingue clairement entre individus familiers et non-familiers. Nous pouvons d'ailleurs nous demander pourquoi ce n'est pas le père qui s'occupe de ses petits en cas de disparition de la mère. Les auteurs qui ont étudié « l'adoption » chez le Chacma pensent qu'une telle prise en charge, tâche très lourde même pour un mâle adulte, entrerait en concurrence avec sa stratégie de reproduction qui consiste à engendrer un maximum de petits. Pour ce faire, un mâle doit maintenir son rang élevé qui lui garantit un accès privilégié aux femelles en œstrus. Il est possible que « l'adoption » soit incompatible avec cette stratégie de reproduction trop absorbante. Pour un mâle subadulte en revanche, qui ne se reproduit pas encore, il peut être avantageux de favoriser une partie de ses propres gènes en augmentant les chances de survie d'un orphelin apparenté en « l'adoptant ».

Il me reste à mentionner une expérience surprenante. De jeunes Macaques à queue de cochon séparés de leur mère dès la naissance et élevés en isolement préfèrent, lorsqu'ils sont placés devant le choix, entrer en interaction avec des demi-

frères et des demi-sœurs paternels plutôt qu'avec des jeunes auxquels ils ne sont pas apparentés [52]. Comment expliquer cette capacité de discrimination chez de jeunes Macaques qui n'ont eu aucune expérience commune ? Des recherches semblables menées chez des Ecureuils terrestres ou Spermophiles (Spermophilus richardsonii) suggèrent que chez les rongeurs, des jeunes apparentés qui ne partagent aucune expérience antérieure (le principe de familiarité ne joue donc aucun rôle) se distingueraient par une odeur familiale qui leur est propre dès la naissance [53]. Est-ce qu'une telle capacité de discrimination olfactive entre en jeu également chez les primates supérieurs ? D'autres travaux sont nécessaires pour que nous puissions trier entre les différentes hypothèses avancées. Une des plus intéressantes pour le psychiatre est peut-être celle qui suppose qu'un animal élevé en isolement, et qui ne dispose donc que d'une expérience avec soi-même, préfère entrer en interaction avec des individus qui lui sont aussi semblables que possible, donc avec des proches parents.

Sociétés patrifocales et patrilinéaires

Nous venons de voir qu'à l'intérieur d'une bande de Babouins de savane s'ébauche un deuxième niveau d'organisation, celui des petites unités polygynes. Cette organisation à plusieurs niveaux existe sous une forme accomplie chez un autre Babouin, l'Hamadryas, espèce étudiée par Hans Kummer et ses collaborateurs [54, 55]. L'Hamadryas vit dans des régions semi-désertiques de la Corne d'Afrique et de l'Arabie. Nous avons déjà vu que dans ce type d'habitat très aride, même les bandes habituellement très compactes des Babouins doguéra se subdivisent en petites unités polygynes. Chez l'Hamadryas, la structure polygyne des sous-groupes s'est rigidifiée au point qu'on peut parler de harem. Le lien hétérosexuel est permanent et il est essentiellement imposé par le mâle régnant en véritable pacha sur ses femelles qui, considérées comme sa possession, sont constamment surveillées et gardées à proximité. Cette prise du pouvoir par le mâle, qui semble avoir eu lieu parallèlement à l'adaptation au biotope semi-désertique, a provoqué l'éclatement de l'ancien clan matrilinéaire que nous connaissons par l'étude des Babouins de savane. Chez ces derniers, l'absence d'émigration des femelles et leur cohésion familiale à l'intérieur de la bande dans laquelle elles avaient vu le jour garantit, en effet, la permanence de la société dans le temps. Les mâles en revanche qui dans une organisation matrifocale ou matrilocale quittent le groupe à l'approche de leur maturité sexuelle, assurent par leur passage d'une bande à l'autre l'échange des gènes, le renouvellement du réservoir

génétique des bandes. Tout ceci est inversé chez l'Hamadryas où l'ancien clan des femelles est dissous par le règne des chefs de harem. C'est un clan de mâles apparentés qui a pris la relève et c'est lui qui garantit la permanence des structures sociales. Comme les mâles Hamadryas restent dans la bande dans laquelle ils sont nés, ils sont incapables d'assurer l'échange génétique, tâche qui, dans cette société patrilocale, est reprise par les femelles.

La société patrilocale des Hamadryas, qui est à comprendre comme le résultat d'une spécialisation, a sûrement évolué à partir d'une organisation matrilocale, semblable à celle que nous trouvons chez les autres Babouins. Il est très probable que cette évolution a été facilitée, entre autres, par des comportements de type parental bien connus chez les Babouins de savane. Nous venons de voir que chez le Chacma, Hamilton, Busse et Smith [51] ont observé que des orphelins, dont les mères avaient été tuées par des fermiers qui défendaient leurs champs, furent « adoptés » par des mâles et des femelles âgés de 4 à 5 ans, c'est-à-dire par des individus qui sont près d'atteindre leur âge de reproduction. Selon les auteurs, ces jeunes parents substitutifs sont apparentés aux orphelins dont ils se chargent. Cette prise en charge consiste à se tenir près du petit, à le protéger contre le harcèlement par d'autres membres du groupe, à le transporter, à l'épouiller et à dormir avec lui la nuit. Malheureusement, une telle « adoption » ne permet la survie de l'orphelin que si celui-ci est déjà sevré ou en train d'être sevré lorsque la mère est tuée. Chez les jeunes mâles Hamadryas, la propension à prendre en charge des petits est encore plus marquée que chez les Babouins de savane. De ce fait « l'adoption » a lieu même si la mère est vivante. Il s'agit donc d'un véritable « kidnapping » plutôt que d'une prise en charge nécessaire. Nous comprenons que l'intensification de l'intérêt des mâles subadultes pour des bébés qui aboutit au « kidnapping » est d'une importance fondamentale pour l'organisation sociale Hamadryas si nous apprenons que c'est en séquestrant une petite femelle que le jeune mâle commence à constituer son harem.

Une fois de plus, le lecteur attentif se demandera pourquoi ni la mère ni le père ne s'opposent au « kidnapping ». Pour comprendre ceci, il faut savoir que ce « kidnapping » est le plus souvent une séquestration lentement progressive. Le jeune mâle commence par s'occuper du bébé pendant 10 à 30 minutes puis lui permet de réintégrer l'unité familiale. Progressivement le temps de ces « maternages » par le mâle va s'allonger jusqu'à ce que la petite femelle soit définitivement séparée de sa famille. Selon la bande considérée, ce processus de séparation qui peut durer jusqu'à cinq mois est

plus ou moins étalé dans le temps. L'observation montre que la mère cherche, surtout au début, à empêcher à ce que le jeune mâle parte avec son petit, mais qu'il lui est souvent impossible de secourir son bébé parce que la surveillance stricte de son leader lui interdit tout éloignement.

La tolérance du chef du harem, père du bébé « kidnappé », ne peut être comprise que grâce aux études suffisamment longues pour nous renseigner sur l'origine des relations entre les mâles des différentes classes d'âge. Il nous faut savoir qu'un harem est souvent suivi par deux jeunes mâles dont l'un a moins de cinq ans et l'autre entre cinq et neuf ans environ. Le cadet de ces deux accompagnateurs (« followers ») « materne » en général des bébés mâles tandis que l'aîné, qui a atteint sa maturité sexuelle, s'intéresse avant tout aux petites femelles. Le leader du harem ne semble attribuer que peu d'importance aux bébés mâles et il ne s'oppose pas à ce qu'ils soient épouillés, transportés et éloignés du groupe. Tel n'est pas le cas pour les bébés femelles que le leader défend contre tout autre mâle hormis le « follower ». Pourquoi cette tolérance sélective ? Les études longitudinales des primatologues zurichois nous apprennent que les mâles accompagnateurs appartiennent au même clan que le chef du harem. Il s'agit donc de mâles apparentés entre eux, ce qui se reflète d'ailleurs dans leur ressemblance physique. La parenté semble être particulièrement proche entre le leader et l'accompagnateur plus jeune qui est en général son fils. La relation entre le leader et le « follower » plus âgé est également très étroite, car non seulement les deux mâles appartiennent au même clan, mais encore ils sont unis par une relation vieille de plusieurs années. C'était, en effet, le leader qui avait « materné » l'accompagnateur à une époque où le leader n'était lui-même qu'un jeune mâle qui suivait un harem et le « follower » un bébé de cette unité familiale.

Dans une société patrilinéaire, comme celle de l'Hamadryas, nous assistons à une intensification des liens entre mâles et ce sont surtout des mâles apparentés plus âgés qui jouent un rôle fondamental dans la socialisation des jeunes mâles, et ceci dès leur enfance. Dans sa thèse, Jean-Jacques Abegglen [56] montre comment nous pouvons nous représenter cette socialisation à travers les méandres de toute une série de relations triangulaires [57,58,59] qui commencent par favoriser l'établissement de liens entre mâles et qui ne permettent l'installation de relations hétérosexuelles que vers l'âge adulte.

Nous avons déjà vu que le harem de l'Hamadryas se distingue des organisations polygynes d'autres primates par sa configuration stellaire. Il est probable que cette structure

permette au mâle d'établir une relation assez intense non seulement avec chaque femelle, mais également avec tous les jeunes. Ajoutons que cette configuration stellaire facilite la surveillance étroite des femelles, garantissant par là même un degré élevé de certitude de paternité. Une observation amusante nous confirme que chez l'Hamadryas l'investissement paternel n'est pas seulement indirect. Helga et Jean-Jacques Abegglen [55] racontent qu'un soir, une jeune femelle, apparemment une primipare, s'était un peu écartée du reste du harem pour donner naissance à son petit, se postant au bord de la falaise rocheuse. Pendant tout le temps des contractions, le chef du harem observait la femelle tout en évitant de la regarder de face, ce qui aurait constitué une menace. Finalement, lors de l'expulsion du petit, la femelle se tient accroupie, son postérieur dépassant la vire. Le nouveau-né risque ainsi de tomber dans le vide. C'est ce qui arrive et pendant un instant le bébé reste suspendu dans le vide, retenu par le cordon ombilical. C'est alors que le mâle sursaute et accourt pour rattrapper le petit qui tombe. Mais la mère, en se retournant très rapidement, saisit son nouveau-né et le mâle recule aussitôt et retourne à sa place.

Mais trêve d'observations détaillées. Demandons-nous à présent si l'on trouve chez les mammifères, et en particulier chez les primates, d'autres sociétés patrilinéaires. Aussitôt nous constatons que ces sociétés sont extrêmement rares et qu'aucune autre n'atteint la complexité d'organisation que nous connaissons chez l'Hamadryas. Certains canidés, comme le Loup ou le Lycaon, vivent en famille élargie. Chez le Lycaon, la meute, dominée par un couple alpha qui est le seul à se reproduire, se compose des frères du mâle dominant, des sœurs de la chienne dominante et d'un certain nombre de fils du couple alpha. Il nous est permis de parler de société patrifocale car seule une partie des mâles nés dans la meute émigrent, par opposition aux jeunes femelles, qui, elles, émigrent toutes, sans exception [26]. Chez les chiennes, on peut même faire la distinction entre une émigration primaire et une émigration secondaire. Dans un premier temps, les filles du dominant quittent la meute par petits groupes et elles essaient de s'intégrer dans une autre meute dans le but d'y occuper la place d'une chienne alpha malade ou absente. Dans un deuxième temps, les sœurs d'une femelle alpha, qui n'ont guère de chance d'accéder au rang dominant, finissent souvent par émigrer une deuxième fois pour tenter leur chance ailleurs. Nous retrouvons donc les caractéristiques d'une société patrilinéaire : garantie de la permanence de la structure sociale fournie par un clan de mâles apparentés et émigration essentiellement femelle. Inutile de revenir sur les soins parentaux intenses des Lycaons adultes, mâles et femelles, dont nous avons déjà

parlé, sauf pour mentionner une exception : la femelle alpha est très peu tolérante à l'égard d'autres chiots que les siens et, si jamais la chienne béta a également des petits, elle est capable de les tuer tous [60].

Chez les primates, la société patrilinéaire est également tout à fait exceptionnelle car on ne la trouve, en dehors de l'Hamadryas, que chez le Gorille et le Chimpanzé.

Des trois sous-espèces de Gorilles, c'est surtout le Gorille oriental de montagne (Gorilla gorilla beringuei) qui a été étudié en liberté [61, 62, 63]. Les populations de cet anthropoïde africain se divisent en petits groupes de type familial dont la composition change peu pendant de longues périodes. C'est parce que ces groupes sont petits (5 à 10 individus en moyenne) et stables qu'ils permettent des relations étroites et durables entre les individus. L'organisation sociale du Gorille, unique chez les primates, présente donc des analogies avec la famille humaine, d'où son intérêt pour le spécialiste du comportement de notre espèce. Le noyau stable du groupe est formé par un grand mâle dont la fourrure dorsale a une couleur argentée, ce qui signifie qu'il a onze ans ou plus, et une ou plusieurs femelles multipares. D'autres individus, moins stables, sont rattachés à ce noyau : un ou plusieurs mâles dont le dos est encore noir (leur âge est inférieur à onze ans), beaucoup plus rarement un deuxième mâle à dos argenté qui se tient à la périphérie du groupe, ainsi que des femelles primi - et nullipares, les juvéniles et les petits.

Lorsque des unités familiales se rencontrent, on observe souvent que des femelles nullipares, parfois également des primipares, changent de groupe. Cette émigration des jeunes femelles semble être la règle. Ceci n'est pas le cas pour les mâles qui n'émigrent pas tous. De toute façon, ce n'est pas pour se joindre à un autre groupe que les mâles quittent leur famille d'origine mais pour rechercher de nouveaux territoires et pour fonder un nouveau groupe. L'observation montre que ce sont les mâles moins bien tolérés par le chef à dos argenté qui finissent par quitter l'unité, tandis qu'une minorité de mâles envers lesquels le leader a une attitude bien plus amicale et plus tolérante restent dans la famille dans laquelle ils sont nés. Il semble bien que dans le second cas il s'agisse de fils du leader qui prend la relève à sa mort. Des signes d'un tel transfert progressif de « leadership » du vieux mâle au jeune ont été observés [64, 65].

Comme le mâle à dos argenté constitue vraiment le centre (il exerce un effet d'aimant sur les membres du groupe), nous pouvons parler de société patrifocale. Dans le cas où le fils hérite du territoire et des femelles du père, il s'agit même d'une organisation patrilinéaire. En se fondant sur les pre-

mières observations, on pensa d'abord que le leader ne s'opposait pas aux copulations entre ses femelles et les mâles subordonnés. Des travaux récents apportent des corrections à cette idée. Le mâle à dos argenté ne s'intéresse qu'aux femelles multipares et primipares en se réservant des droits exclusifs sur ces femelles qui ont fait leurs preuves. Il tolère, en revanche, que les autres mâles du groupe s'accouplent avec les femelles nullipares et les adolescentes, c'est-à-dire avec les femelles qui vont émigrer. L'organisation du Gorille garantit donc au leader à dos argenté un degré élevé de certitude paternelle, du moins pour les petits des femelles qui constituent le noyau du groupe. Nous pouvons donc nous attendre à un investissement paternel considérable.

L'importance de cet investissement est, en effet, confirmé par les observations. En captivité, le mâle adulte établit un lien intense avec les jeunes d'une femelle qui lui est familière [66]. Les études menées sur le terrain mettent également en évidence que la relation entre le mâle à dos argenté et les jeunes est très étroite [67]. L'intérêt du leader se manifeste dès la naissance du petit, il cherche à observer le nouveau-né et son irritabilité à l'égard du primatologue oblige parfois ce dernier à interrompre son travail. Au fur et à mesure que le petit avance en âge, sa relation avec le mâle s'intensifie. L'attachement à ce dernier sera bien plus marqué que celui que le jeune manifeste aux femelles adultes avec lesquelles il n'a que peu de relations. Aux heures de repos, les jeunes se tiennent dans le voisinage immédiat du mâle et il n'est pas rare qu'ils se servent de son corps pour en faire une base pour leurs jeux, parfois turbulents, mais toujours supportés avec beaucoup de patience et bonhomie par le leader. Si le comportement des jeunes devient trop violent, il finit par émettre une sorte d'éructation bisyllabique qui sert de rappel à l'ordre. Ce sont apparemment sa grande tolérance et son tempérament très stable qui font du mâle à dos argenté un pôle d'attraction pour les jeunes. Il est intéressant de noter que le leader reste le centre, même si vers la fin de la sieste les mères repartent en quête de nourriture. De plus, lors des déplacements, les petits plus âgés et les juvéniles suivent souvent le mâle plutôt que la mère. Cet attachement au leader augmente sûrement les chances de survie du jeune en cas de mort de la mère. Dian Fossey rapporte le cas d'une orpheline de trois ans qui, dans les jours qui suivaient la mort de sa mère, fut progressivement « adoptée » par le mâle. La petite abandonnée restait en général dans une position accroupie, ne jouait plus, mangeait peu et devenait coprophage, comportement encore jamais observé chez un Gorille en liberté. Peu à peu, le leader intensifiait son « maternage », serrant la petite dans ses bras de plus en plus

souvent. A d'autres moments, il l'épouillait. Pendant la première semaine qui suivit la mort de la mère, l'orpheline s'était construit un nid tout à fait rudimentaire, puis elle commença à partager le nid du mâle. Ce dernier finissait même par avoir une attitude quelque peu hyperprotectrice quand la petite jouait avec d'autres jeunes, ou quand elle s'approchait de l'observateur.

Nous pouvons donc conclure qu'à côté de l'influence déterminante de la mère, la relation avec le père est pour le jeune Gorille d'une importance capitale pour sa santé et pour sa sécurité. De plus, le père continue, dans cette société où une organisation patrilinéaire est ébauchée, à influencer profondément certains de ses fils durant toute leur ontogenèse jusqu'au moment où ils héritent, à l'âge de 12 ans environ, des privilèges et des responsabilités paternelles.

Les études sur le Gorille consacrent des chapitres entiers à la relation mâle-petit. Ceci n'est pas le cas des observations concernant le Chimpanzé. Dans cette espèce, les mâles ne constituent pas vraiment un centre d'attraction pour les jeunes sauf dans les groupes en captivité. La constitution artificielle de ces derniers ressemble souvent au groupe familial du Gorille, mais elle diffère fortement de l'organisation sociale des Chimpanzés qui vivent en liberté. Selon les études menées sur le terrain, les Chimpanzés forment des communautés qui comptent en moyenne une quarantaine d'individus. Il est pratiquement impossible de les voir tous ensemble car une communauté est toujours divisée en sous-groupes. Ces sous-groupes à composition très variable peuvent fusionner et se rescinder de façon très souple. Selon les travaux plus récents [68, 69], le noyau de la communauté est constitué par un groupe de mâles adultes fortement liés entre eux. Ce groupe de mâles, organisé hiérarchiquement et placé sous les ordres d'un mâle alpha, occupe un territoire dont l'étendue varie considérablement selon l'habitat. Un certain nombre de femelles en pleine maturité ou plus âgées, qui sont peu liées entre elles, sont en relation étroite avec les mâles. D'autres femelles plus jeunes sont également rattachées au groupe central mais leurs liens avec les mâles sont beaucoup plus ténus et variables. L'organisation de la communauté dont la permanence est garantie par le clan des mâles adultes frappe par sa souplesse et son ouverture. La fluctuation observée est due non seulement au constant processus de fusion et de subdivision, mais aussi au comportement des femelles, caractérisé par des attitudes assez égocentriques, qui prévalent notamment au moment où elles ont des petits. Les mères aiment, en effet, s'isoler. Les femelles subadultes ont tendance à émigrer et à se rattacher définitivement aux mâles d'une communauté voisine. Par-

fois les femelles adultes, mais également des subadultes et des adolescentes effectuent des visites d'exploration dans une autre communauté. Pour que ces transferts définitifs ou temporaires soient possibles, il faut que les femelles soient en œstrus, car ce n'est que dans ces conditions qu'elles sont tolérées et accueillies par des mâles étrangers. En fait, l'œstrus sert de passeport à la femelle. Comme les mâles ne semblent pas émigrer (les mâles disparus n'ont jamais été retrouvés dans des communautés voisines), nous pouvons supposer que le clan des mâles est constitué par des individus apparentés. Pour l'instant, les études longitudinales ne sont pas assez avancées pour que nous puissions connaître tous les liens de parenté à l'intérieur de plusieurs clans voisins, ce qui serait, bien sûr, nécessaire pour comprendre réellement cette organisation complexe du Chimpanzé.

Bien que comportant plusieurs mâles adultes, les organisations sociales de l'Hamadryas et du Gorille empêchent la promiscuité. Dans une communauté de Chimpanzés, en revanche, chaque mâle peut, en principe, copuler avec chaque femelle à l'exception des membres de la dyade mère-fils. Au cours de l'œstrus, une femelle s'accouple en général avec plusieurs mâles. Pour ces derniers, il n'existe donc plus aucune certitude de paternité. Bien que la paternité reste en général incertaine, quelques mécanismes sociaux s'opposent néanmoins, chez le Chimpanzé, à une promiscuité totale. Une première restriction est due à l'organisation hiérarchique des mâles, car le nombre de copulations effectuées par un mâle semble être en accord avec son rang. De plus, le mâle alpha a tendance à monopoliser les femelles qui viennent de rejoindre sa communauté. Les prédilections individuelles jouent également un rôle important. Certains mâles escortent une femelle pendant toute la phase de son œstrus et parfois une telle association dure jusqu'à trois mois. Un mâle subordonné entre forcément en conflit avec les mâles dominants s'il cherche à monopoliser une femelle. Dans certains cas, il semble préférer l'association avec la femelle à l'intégration au groupe, ce qui lui fait entreprendre un « safari » à deux dans des régions situées vers la périphérie du territoire communautaire. Ces ébauches de couple dans une société patrilocale où règne, en principe, la promiscuité sont intéressantes sous deux aspects. D'abord, il s'agit d'un phénomène qui n'est pas sans importance pour la reconstruction hypothétique de l'organisation humaine originelle. De plus, il pourrait favoriser les soins parentaux. Le comportement d'escorte et le « safari » peuvent être d'une durée suffisante pour garantir la certitude de paternité. Est-ce que cette certitude se reflète dans une sollicitude parentale plus marquée des mâles en question ? Il faut attendre des études plus systématiques pour répondre.

Pour l'instant, il faut nous limiter aux observations existantes. Comme dans beaucoup d'autres espèces, les petits Chimpanzés sont parfois tués par des mâles d'une communauté voisine. Ce danger est d'autant plus grand que les mères ont tendance à s'isoler du groupe et à s'aventurer dans des zones proches des frontières. A l'intérieur de la communauté, on observe en général une tolérance bienveillante des mâles à l'égard des jeunes. Comme chez le Gorille, un nouveau-né éveille la curiosité des mâles, mais ce sont surtout les mères plus jeunes, donc plus anxieuses, qui opposent à toute tentative d'inspection une attitude protectrice. Malgré le dimorphisme sexuel en faveur du mâle bien moins marqué chez le Chimpanzé que chez le Gorille, une femelle Chimpanzé semble se méfier beaucoup plus des mâles qu'une femelle Gorille. Seules les femelles multipares et expérimentées sont plus confiantes. Nous avons vu que chez le Gorille, c'est surtout le tempérament équilibré et placide du leader qui en fait un centre d'attraction. A « l'introversion tranquille » du Gorille s'oppose « l'extraversion quelque peu hystérique » du Chimpanzé. Ceci est vrai, surtout pour les mâles qui se livrent à des parades d'intimidation très spectaculaires pour multiples raisons : approche de Chimpanzés étrangers ou irritation face à l'observateur humain, compétition entre les mâles du groupe ou réaction à une frustration quelconque. Selon Jane Goodall [70, 71], ces parades constituent un danger pour les petits qui n'ont pas toujours le temps de se mettre à l'abri auprès de leur mère. Il arrive qu'un mâle perde partiellement ses inhibitions sociales lors de son exhibition de puissance. Si un petit a le malheur de se trouver sur son trajet, le mâle peut le saisir comme un objet et le traiter comme un accessoire susceptible de rehausser l'effet de sa parade. Cette manipulation brutale peut tuer ou blesser le jeune. Habituellement les femelles, terrifiées par l'excitation des mâles, se mettent à l'écart. Ce n'est que si la vie de son petit est en danger que la mère attaque le mâle avec un courage désespéré. Mais ces situations sont exceptionnelles et le plus souvent les mâles traitent les jeunes avec douceur et bienveillance. Ils répondent même favorablement à leurs invitations au jeu et il n'est pas rare de les voir courir à leur secours, par exemple lors de la parade d'un autre ou si le jeune, en grimpant sur un arbre, finit par se mettre dans une situation difficile. Mais, en général, ce sont les sœurs et les frères aînés du jeune qui le protègent. Ce sont eux qui « l'adoptent » lors de la mort de la mère. Ce ne sont donc que les frères et sœurs qui ont une véritable attitude parentale. Ces degrés différents d'altruisme semblent être, une fois de plus, en accord avec le degré de parenté. Les mâles adultes, sûrement apparentés entre eux, sont probablement liés par un certain degré de

parenté à tous les jeunes de la communauté. Mais cette parenté n'est pas suffisamment proche pour qu'ils aient intérêt à prodiguer de véritables soins parentaux comme le fait un Gorille à dos argenté. Il est clair que l'indépendance et la tendance à l'isolement des femelles Chimpanzés ne facilite pas non plus les soins parentaux mâles. Mais comme les Chimpanzés vivent dans une société patrilocale, nous pouvons nous attendre à ce que les mâles adultes jouent un rôle dans la socialisation ultérieure des jeunes mâles. Nous savons que les Chimpanzés coopèrent lorsqu'ils chassent des singes plus petits qu'eux comme par exemple des Colobes. Ce sont généralement les mâles qui chassent ou du moins ce sont eux qui déclenchent l'encerclement du gibier. Il serait intéressant de savoir si les mâles adultes contribuent activement à l'apprentissage des jeunes. Un tel enseignement a été observé [68] lors d'une activité qui ressemble quelque peu à la chasse : les patrouilles de frontière.

Les mâles adultes d'une communauté se rendent, en effet, assez souvent dans des régions situées aux frontières entre deux communautés. Des mâles plus jeunes et des femelles en œstrus peuvent se joindre à ces patrouilles. Lors de ces expéditions, qui peuvent les mener en plein territoire ennemi, le comportement des Chimpanzés est différent de celui qu'ils manifestent lorsqu'ils se déplacent pour chercher de la nourriture. Parfaitement silencieux, ils marchent en groupe serré, s'arrêtent de temps en temps pour écouter, pour détecter des traces visuelles et olfactives de Chimpanzés étrangers. Pour augmenter leur champ visuel, ils se mettent souvent debout ou grimpent sur des arbres. Arrivés sur une crête qui permet une vue sur la vallée voisine, ils restent ainsi longuement pour écouter et pour scruter la région devant eux. Jane Goodall et ses collaborateurs rapportent qu'un adolescent mâle qui faisait partie de ces expéditions avait beaucoup de peine à supporter de rester immobile et silencieux pendant les trajets et surtout pendant les longues attentes. Quel ne fut pas l'étonnement des spectateurs de constater que chaque fois que l'adolescent criait, un mâle adulte le prenait dans les bras ou le touchait gentiment ! Ces contacts rassurants calmaient immédiatement le jeune. Le résultat de cet enseignement très amical était évident. Même si l'adolescent était incapable de renoncer à des caprices (« temper-tantrum » en anglais), ces derniers, habituellement très bruyants, étaient parfaitements silencieux. Les vocalisations signalant sa soumission étaient également à peine audibles. Pour conclure au sujet des pongidés, notons la frappante ressemblance des relations mère-petit, pareillement intenses chez les trois espèces (Orang-outang, Gorille, Chimpanzé), alors que les relations entre mâles et jeunes

sont soumises à de grandes variations qui sont fonction de l'organisation sociale de l'espèce. C'est d'ailleurs pour cette raison que je n'ai pas parlé de l'Orang-outang car chez ce pongidé asiatique qui mène une vie solitaire, les soins parentaux mâles font entièrement défaut.

Il nous faut également retenir que l'organisation patrilinéaire ne favorise pas seulement l'établissement de liens étroits et précoces entre mâles, mais que l'altruisme entre mâles apparentés peut également se manifester à des périodes ultérieures de la vie. En réalité, la protection que le mâle accorde aux petits sous forme de soins paternels n'est pas la seule forme d'altruisme que l'on peut observer, la contribution à la socialisation et à l'intégration du jeune dans le groupe étant aussi à considérer comme une sorte d'activité paternelle ou parentale. Afin d'évaluer ces « soins parentaux différés » qui influencent le jeune à un âge plus avancé, il faut que nous ayons une bonne connaissance de l'ontogenèse complète de tous les individus et que nous ayons compris non seulement les interactions à l'intérieur du groupe, mais également entre les groupes. Un regard trop focalisé ne saisit qu'un aspect d'une organisation sociale et il faut une extension du champ visuel pour qu'apparaissent des structures sociales plus cachées ainsi que des stratégies de reproduction qui ne deviennent visibles que si l'on tient compte d'une population tout entière.

Et l'Homo sapiens ?

Pour finir nous devrions, bien sûr, nous demander si les hypothèses et théories mentionnées conservent leur valeur, entière ou partielle, si nous les appliquons à notre espèce. Ce sujet est évidemment trop vaste pour pouvoir être traité dans ce cadre et je préfère me limiter à quelques réflexions concernant deux points qui me semblent particulièrement intéressants à discuter pour nous autres spécialistes de l'Homme, à savoir la stratégie de reproduction K (cf. page 58) et son rapport avec les organisations sociales humaines, puis le problème de la certitude de paternité et son rapport avec les soins parentaux dans notre espèce.

Bien souvent, les différences entre l'Homme et les mammifères supérieurs s'avèrent, si l'on regarde de plus près, être plus quantitatives que qualitatives. Il en est ainsi pour la stratégie K, fortement développée chez les mammifères supérieurs et surtout les singes chez lesquels les soins parentaux se prolongent généralement au-delà du sevrage. La ressemblance entre les anthropoïdes et l'Homme est particulièrement frappante si nous considérons deux phénomènes

qui caractérisent la stratégie K : la longévité et la progéniture peu nombreuse. Ainsi la durée des différentes phases de la vie humaine n'est que le double de celle des périodes correspondantes chez les grands singes. La ressemblance devient encore plus grande si nous pensons d'abord à l'intervalle très long (quatre à cinq ans) qui sépare les naissances chez les pongidés, et ensuite à la période de lactation qui s'étend sur trois ans, cette durée étant du même ordre de grandeur pour les pongidés et les femmes des sociétés préindustrielles non acculturées. Dans notre espèce, l'intervalle entre les naissances peut être beaucoup plus court que chez les pongidés. Même si l'on admet avec les anthropologues que chez la femme préhistorique l'ovulation était inhibée par la lactation, l'intervalle qui sépare les naissances était en moyenne de trois à quatre ans, donc toujours moins long que celui constaté chez les pongidés. L'intensification de la stratégie K chez l'Homme se manifeste non pas par un allongement de l'intervalle entre les naissances (qui semble plutôt se raccourcir au cours de l'hominisation), mais par une immaturité et une dépendance plus marquées du nouveau-né. Sur une stratégie K déjà très marquée, se greffe la prématuration physiologique humaine qui est à mettre en rapport avec l'augmentation du volume cérébral. Pourquoi d'ailleurs ne pas se demander si cette prématuration mais également la persistance de traits infantiles durant toute la vie, la néoténie dans laquelle Konrad Lorenz voit un des traits les plus spécifiques de l'Homme, ne sont pas à comprendre comme un aboutissement d'une stratégie K poussée à ses extrêmes limites ?

Le bébé et l'enfant humain étant ainsi encore bien plus dépendants des adultes (pensons par exemple à la perte de la fourrure et à la dépendance thermique qu'elle entraîne), il a fallu que, parallèlement à la dépendance croissante de l'enfant, se développe, au cours de l'hominisation, la capacité des adultes d'y faire face. L'éthologie et surtout la primatologie nous apprennent que, chez les mammifères, la capacité de prodiguer des soins parentaux peut augmenter de plusieurs façons :

- par la spécialisation de la mère, qui déchargée d'autres tâches, peut se consacrer davantage aux jeunes. Cette tendance évolutive mène forcément vers une division du travail ;

- par l'évolution d'une assistance à la mère :

– par des femelles. Chez les primates, il s'agit le plus souvent de femelles apparentées plus jeunes et sans enfants (fille ou sœur cadette de la mère). Chez les ongulés les plus sociaux, on observe que ce sont souvent les vieilles femelles

(bréhaignes) qui participent intensément à l'élevage (Mouflon du Canada, Eléphant) ;

– par un ou plusieurs mâles apparentés, le plus souvent le père ou un frère aîné du petit.

Il est probable que le dimorphisme sexuel ait, au cours de l'hominisation, plutôt diminué et que pour faire face à la dépendance croissante du bébé, l'accent ait été mis sur l'évolution de l'aide à la mère. D'une part, cette aide fut assurée par l'intensification du lien hétérosexuel qui (qu'il soit monogame ou polygyne) devient lien conjugal, c'est-à-dire durable. D'autre part, une solidarité de plus en plus grande à l'intérieur de la communauté fournit, en augmentant le degré de coopération entre femmes, une deuxième garantie d'assistance. Etant donné notre sujet, je ne considérerai que l'évolution du lien conjugal.

Rappelons d'abord que la prématuration physiologique humaine est le résultat d'un compromis entre la pression exercée par l'agrandissement du cerveau qui nécessitait un élargissement du bassin, et la pression due à l'évolution de la posture érigée et de la bipédie qui favorisaient le rétrécissement de la ceinture pelvienne. La prématuration grève à un tel point le budget maternel que les soins paternels deviennent indispensables. Selon les théories en vigueur, le concours paternel semble être le résultat d'un contrat sexuel [72]. Le cycle œstral fait place à une réceptivité permanente de la femme dont les attraits sont augmentés — innovation chez les mammifères — par une morphologie spécifiquement féminine. Nous constatons, en effet, que chez les mammifères — et ceci est vrai pour d'autres groupes zoologiques — la morphologie femelle ressemble étonnamment à celle d'un jeune mâle, et que c'est la morphologie du mâle adulte qui est représentative de l'espèce. La silhouette spécifiquement féminine semble bien être une originalité humaine à mettre en rapport avec le contrat sexuel. Il suffit de rappeler que chez les pongidés les mamelles ne se développent que lors de la première gestation. L'œdème œstral des primates infra-humains est par définition cyclique. Dans notre espèce, en revanche, les stimuli olfactifs et visuels cycliques sont remplacés par l'attrait visuel permanent qu'exerce la silhouette féminine. A cette séduction féminine qui combine stimuli visuels permanents et réceptivité sexuelle ininterrompue correspond une activité sexuelle masculine qui, par rapport au rut des mammifères, peut être définie comme faible mais continue [73]. En développant un modèle à processus auto-catalytiques multiples, Joseph Shepher [72] a essayé de montrer comment tous les facteurs évoqués pouvaient mener au lien conjugal et à la division du

travail, l'homme devenant un spécialiste de la chasse, la femme une spécialiste de l'élevage et de la cueillette. Nous pouvons donc comprendre le lien conjugal comme le résultat d'une exploitation sociale de la sexualité, phénomène que les éthologues ont décrit à plusieurs reprises à des niveaux infra-humains [74]. Le raccourcissement de l'intervalle entre les naissances trouve probablement son explication dans l'interaction sexuelle continue qui sert de soutien au lien conjugal.

En principe, le renforcement du lien hétérosexuel peut donner naissance aussi bien à la famille monogame qu'à la famille polygyne. Il peut donc intensifier le partage des soins parentaux entre les conjoints ou la division du travail. Que la mère soit assistée plutôt par le père ou plutôt par des congénères du même sexe dépendra — aussi bien chez l'Homme que dans toute autre espèce — de l'organisation sociale en question. Si la polygynie constitue, de l'avis des ethnographes, l'organisation familiale préindustrielle la plus répandue, la monogamie est devenue majoritaire, grâce à la dominance de quelques sociétés industrielles. La polyandrie, troisième type familial à lien hétérosexuel durable, constitue plutôt une curiosité ethnographique, vu qu'elle a été décrite chez moins de 1 % des populations connues.

Cette rareté de la polyandrie humaine ne devrait pas nous étonner car la polyandrie fait totalement défaut chez les mammifères. Nous avons vu que chez les oiseaux la polyandrie est le plus souvent associée à un dimorphisme sexuel en faveur de la femelle et à des soins exclusivement paternels. A première vue, les organisations polyandres humaines et aviaires ne semblent avoir en commun que leur rareté car, sur environ 8 500 espèces d'oiseaux, les espèces polyandres décrites n'atteignent, comme chez l'Homme, même pas 1 %. De nombreuses hypothèses ont été avancées pour expliquer la polyandrie humaine. Chez les Tibétains par exemple, la polyandrie permet l'adaptation à un biotope où les terres cultivables, en nombre restreint, sont soumises à un climat extrême. Le fait que tous les frères cadets du mari restent réunis autour d'une seule épouse empêche le morcellement des terres de la ferme qui ne peut nourrir qu'une seule famille. De plus, la polyandrie humaine limite les naissances, ce qui semble s'opposer totalement à la fonction de la polyandrie chez les oiseaux. Mais d'autres explications de la polyandrie himalayenne ont été proposées : elle aurait comme but d'assurer la protection masculine constante de la femme et de la progéniture au moment où les hommes suivent les troupeaux en transhumance. Ajoutons à cela une forte probabilité de parenté, si ce n'est de paternité, assurée dans le cas où la femme épouse (c'est le cas chez les Tibétains et d'autres populations) les membres d'une même fratrie.

L'hypothèse sociobiologique est donc loin d'être réfutée et elle pourrait même faire comprendre dans quelles conditions la polyandrie aurait tendance à surgir. Si le mode de vie augmente beaucoup les risques pour un mari d'être « cocufié » par un étranger, il aura avantage à partager sa femme avec un proche parent pour augmenter la surveillance. Même si la famille polyandre, constituée par exemple par une épouse et une fratrie, n'élève pas plus d'enfants que le couple monogame, la stratégie polyandre pourrait tout de même favoriser le succès reproductif des frères, en garantissant que ce sont au moins des neveux qui bénéficient de leur investissement parental. Un modèle mathématique développé récemment est venu appuyer cette hypothèse [75]. On connaît d'ailleurs depuis quelque temps une espèce d'oiseaux, un Râle tasmanien (Tribonyx mortierii), qui vit généralement en trio polyandre constitué par une femelle et deux frères [76]. Mais il nous faut quitter la polyandrie, finalement très rare, pour revenir aux structures sociales fréquentes : la polygynie et la monogamie.

Il paraît important de souligner que dans les sociétés humaines, plusieurs familles sont intégrées dans une même communauté. C'est surtout la compatibilité entre familles monogames et groupe qui est une performance originale de notre espèce. Aucun autre mammifère ne vit, à ma connaissance, en couples monogames intégrés dans un groupe et, hormis l'Homme, ce type d'organisation ne semble se retrouver que chez certains oiseaux (Oie cendrée, Choucas). Même si la famille du Gibbon présente quelques ressemblances avec une famille humaine, elle diffère de cette dernière par le fait que le couple de cet anthropoïde est territorial et isolé. Des canidés qui peuvent vivre en monogamie et en groupe (Coyote, Chacal doré) payent le regroupement par la dissolution de la monogamie, à l'exception du couple dominant. Par opposition à la communauté de plusieurs couples monogames, celle de plusieurs familles polygynes existe chez les primates infra-humains. Ce type d'organisation sociale est cependant extrêmement rare et on ne le trouve que chez le Gélada et l'Hamadryas. Nous avons vu, à l'exemple de cette dernière espèce, que la compatibilité de familles polygynes et du groupe nécessite une organisation sociale patrilocale d'une complexité exceptionnelle.

Mais revenons aux soins paternels. Si nous parcourons le grand embranchement des vertébrés, des poissons aux primates, nous pouvons dégager une tétrade de caractéristiques qui varient en accord étroit : le dimorphisme et le bimaturisme sexuels, la polygynie et les soins paternels. Nous nous trouvons donc devant toute une gamme de possibilités dont je n'indique que les extrêmes (en me limitant, une fois de plus, aux mammifères) :

– d'un côté les espèces qui se caractérisent par les traits suivants : dimorphisme et bimaturisme sexuels prononcés, polygynie ou polygamie et investissement paternel indirect ou absent ;

– de l'autre côté des espèces monomorphes, monogames, des partenaires qui ont à peu près le même âge quant ils forment un couple qui se partagera les investissements parentaux directs et indirects.

L'espèce humaine, elle, se caractérise par un dimorphisme et un bimaturisme sexuels très modérés. De là nous pourrions déduire que dans notre espèce il existerait également une tendance modérée à la polygynie et une propension modérée du mâle à fournir sa part quant aux soins directs à prodiguer aux enfants. Cette position intermédiaire reste néanmoins très théorique. Ce qui est bien plus important de comprendre c'est que l'évolution des sociétés humaines peut aller dans un sens ou dans l'autre et que nous pouvons former, selon les conditions écologiques et technologiques, des sociétés polygynes et très patriarcales ou, en revanche, des sociétés monogames, souvent plus égalitaires.

Dans notre société occidentale post-industrielle plusieurs facteurs en interaction ont renforcé et tendent à toujours plus renforcer la symétrie du couple monogame : la « néolocalité » du couple empêche que la famille d'origine d'un des conjoints favorise sa dominance ; l'invention de l'allaitement artificiel et le contrôle du cycle ovulatoire favorisent l'émancipation professionnelle de la femme. L'inversion des rôles traditionnels devient, en principe, possible. Il existe néanmoins des influences qui s'y opposent, ceci en dehors de celles de la grossesse, qui reste l'apanage de la femme. Les idéologies actuelles (qui semblent d'ailleurs formuler le but de la stratégie K) exigent peu d'enfants mais des enfants dont l'équipement psycho-social est optimal (13). Pour garantir cet équipement, le concours des deux conjoints est nécessaire. A l'heure actuelle, tous ces facteurs énumérés contribuent à parfaire l'image symétrique du couple, une image d'un monomorphisme sexuel qui peut prêter à confusion et qui s'exprime peut-être le mieux à travers « l'unisex » vestimentaire et le transport ventro-ventral du bébé par les deux parents.

(13) Selon des études portant sur des comparaisons macrosociologiques, les sociétés dans lesquelles la production des ressources vitales a lieu à l'extérieur de la famille (chasseurs-cueilleurs, sociétés industrielles) adoptent une stratégie K plus accentuée que des sociétés qui, comme par exemple les agriculteurs, produisent ces ressources à l'intérieur de la famille [77].

Dans le règne animal, l'hypothèse d'un rapport étroit entre soins paternels et certitude de paternité est confirmée, grâce à de nombreux travaux, un peu plus tous les jours. Qu'en est-il dans notre espèce ?

Pour commencer, deux remarques. La première concerne l'altruisme réciproque. Ce n'est guère que chez les mammifères supérieurs que cette forme d'altruisme, qui est à mettre en rapport avec l'intelligence et une compréhension du champ social, gagne en importance. Une tendance à l'entraide réciproque entre mâles non apparentés a été décrite chez des Babouins [78]. Nous pouvons penser qu'au cours de l'hominisation, l'altruisme basé sur un principe de réciprocité s'est développé parallèlement à l'intelligence. Une deuxième remarque concerne la familiarité. Nous avons vu que dans le règne animal, c'est souvent la familiarité qui sert d'indice de parenté. Nous devons donc nous demander ce que la familiarité devient chez l'Homme. A un niveau infra-humain, une organisation sociale reste essentiellement liée à la distribution spatiale des individus. L'intelligence humaine, dotée de capacités cognitives et symboliques, semble nécessaire pour permettre le sentiment d'appartenance simultanée à plusieurs structures sociales (couple, groupe des hommes et groupe des femmes, communauté, nation) sans que ces liens soient, d'une façon permanente, représentés et renforcés par des constellations spatiales. Etant donné qu'à la familiarité s'ajoutent des sentiments d'appartenances multiples, étant donné l'importance que prend la réciprocité dans notre espèce, nous devons nous attendre à ce que l'altruisme humain s'observe dans un champ social beaucoup plus vaste et complexe qu'à des niveaux infra-humains. Il est d'autant plus étonnant de constater que beaucoup d'observations ethnologiques sont en accord avec les prédictions sociobiologiques et donnent l'impression que le flux des gènes mâles et celui de l'investissement paternel humain, pourtant dicté par les institutions culturelles, suivent des chemins parallèles.

De toute façon, l'incertitude parentale est chez l'Homme, comme chez les mammifères, un problème exclusivement paternel. Quelques connaissances ethnographiques suffisent pour savoir que les sociétés patrilinéaires où l'homme investit beaucoup dans ses enfants mettent tout en œuvre pour garantir la certitude de paternité : culte de la virginité, infibulation de la jeune fille, punition gravissime de l'adultère, surveillance de l'épouse qui peut aller jusqu'à la claustration. Le harem gardé par des eunuques en est le meilleur exemple. De l'autre côté, nous trouvons des sociétés, le plus souvent matrilinéaires, qui tolèrent les relations extra-con-

jugales de la femme. Plusieurs éthologues et anthropologues, en se basant sur les prédictions sociobiologiques, se sont demandés si l'avunculat, plus prononcé dans les sociétés matrilinéaires, était en rapport avec le faible degré de certitude de paternité qui existe dans ces sociétés. Si un homme ne peut pas être sûr d'être le père des enfants de son épouse, il aurait, en effet, avantage à diriger ses investissements parentaux sur les enfants de sa sœur avec lesquels son lien de parenté est garanti [79].

Dans un premier temps, ces observations réunies par les éthologues n'étaient guère que des collections d'anecdotes, peu fiables et qui provoquaient des réactions violentes de la part de certains anthropologues qui avaient l'impression qu'on empiétait sur leur domaine. Il est clair qu'à ce stade où l'extrapolation n'est encore qu'une collection d'anecdotes, les critiques se justifient. Les mêmes critiques, d'ailleurs, peuvent s'adresser à certains spécialistes des sciences humaines qui font du prélèvement ponctuel en se servant de certains résultats de la biologie et de l'éthologie dans le but d'étayer leurs thèses ou idéologies. Mais comment ne pas passer par cette phase d'exploration de pionnier ? Actuellement, grâce à une clarification méthodologique et grâce au concours des anthropologues, en majorité plus intéressés à relever le défi sociobiologique qu'à perdre du temps en polémiques stériles, nous pouvons nous baser non seulement sur des modèles hypothétiques très précis, formulés mathématiquement et testables, mais également sur des études transculturelles pertinentes.

D'abord quelques mots concernant le « partage » de la femme, modèle déjà mentionné à propos de la polyandrie et qui a été formulé d'une façon très précise par Austin Hughes [75]. Nous partons du point de vue que la probabilité de paternité est plus forte dans une famille monogame que dans une famille polygyne et que dans cette dernière cette probabilité diminue en proportion inverse du nombre des épouses. Si le pouvoir socio-économique du mari le lui permet, il fera surveiller ses femmes par des esclaves, voire des eunuques. Si, en revanche, son pouvoir est moindre, il a avantage à organiser une surveillance par des parents. Ceux-ci sont plus fiables que des étrangers (les eunuques exceptés !) et si jamais un enfant est conçu à l'insu du mari, ce dernier ne perdrait, vu son lien de parenté avec cet enfant illégitime, qu'une partie de son investissement parental. Dans des sociétés très patriarcales et patrilinéaires comme les éleveurs nomades, par exemple celle des Masaï, on peut même observer une sorte de « partage » de la femme. De toute façon, celle-ci n'est en contact qu'avec des hommes appartenant au clan du mari, ce qui explique que ce dernier tolère

les relations extra-conjugales de ses épouses. Le même modèle peut faire comprendre, comme nous l'avons vu, la structure polyandre qui a tendance à surgir dans des conditions où le risque pour le mari d'être « cocufié » par un étranger est tel qu'il a intérêt à s'associer avec des hommes proches parents pour garantir surveillance et protection de la femme.

Des anthropologues ont essayé de tester le modèle concernant le rapport entre degré de certitude de paternité, investissement paternel et avunculat par une analyse transculturelle [80]. Disposant de l'information concernant 135 sociétés préindustrielles, ils ont pu distinguer entre sociétés à degré de probabilité paternelle élevée ou bas, en se basant sur les normes concernant les relations extra-conjugales, la fréquence des relations sexuelles de la femme et la fréquence du « partage » de femmes. Les résultats de ce test transculturel sont suffisamment intéressants pour que je les résume ici. Dans les 79 sociétés dans lesquelles la probabilité paternelle est jugée élevée, les auteurs ont trouvé un rapport significatif avec un investissement paternel en faveur des enfants de l'épouse (passage de biens de propriété, résidence patrilocale, héritage des fonctions de chef par les fils). Le lien entre certitude de paternité et autorité paternelle s'avère être très étroit. Il semble, en effet, évident que dans une société qui demande qu'un père investisse dans ses enfants, le père cherche, par son autorité, à rendre la probabilité de paternité maximale. L'étude n'a pas permis d'établir un rapport significatif entre certitude de paternité aléatoire (61 sociétés) et relations avunculaires. Les résultats montrent plutôt qu'en l'absence de certitude, le père a tendance à diversifier ses investissements, investissements qui peuvent assumer plusieurs formes, en particulier celle de la relation avunculaire.

Mais comment établir le lien entre les sociétés préindustrielles et notre société occidentale post-industrielle ? Les différences que nous venons de constater entre sociétés à propos des stratégies de reproduction, nous allons les retrouver à l'intérieur d'une même société si nous comparons entre elles différentes couches sociales. Une société ou une classe sociale adoptera une stratégie différente selon qu'elle est en pleine expansion ou qu'elle cherche à préserver une niche écologique : elle visera alors tantôt à stabiliser tantôt à réduire la progéniture. Comme exemple de clan en expansion citons les rois Shillouk et leur cohorte d'enfants innombrables. Comme exemple inverse, citons l'infanticide des petites filles mais aussi les moyens moins agressifs qui limitent la natalité : la polyandrie ou les techniques modernes de contrôle des naissances. Ces dernières techniques constituent un grand pas dans l'émancipation de l'Homme,

qui, en échappant encore plus au programme biologique, finit par être capable de duper ses gènes. La séparation totale du plaisir sexuel et de la fonction ultime de ce plaisir, la reproduction et le lien hétérosexuel durable, est devenue facile. Deux possibilités en résultent : des soins parentaux dont bénéficie un petit nombre d'enfants désirés et programmés, mais également le développement d'un égoïsme narcissique tel que la « fitness » darwinienne ne se mesure plus en quantité et qualité des descendants, mais à la qualité de la survie individuelle. Surgit alors la question : peut-on diminuer le degré d'altruisme sans porter atteinte à la qualité de l'existence humaine ?

Références

1. Ridley M. Paternal care. Anim Behav 1978 ; 26 : 904 - 32.

2. Wilson EO. Sociobiology Cambridge (Ma) London : Belknap, Harvard University Press, 1975.

3. Dawkins R. The Selfish Gene. Oxford : Oxford University Press, 1976.

4. Hrdy SB. Care and exploitation of nonhuman primate infants by conspecifics other than the mother. In : Advances in the Study of Behaviour, Rosenblatt J et al, eds New York San Francisco London : Academic Press, 1976 ; 6 : 101 - 58.

5. Schaller GB. The Serengeti Lion : a study of predatory-prey relations. Chicago : University of Chicago Press, 1972.

6. Gittleman JL. The phylogeny of parental care in fishes. Anim Behav 1981 ; 29 : 936 - 41.

7. Dawkins R. Carlisle TR. Parental investment, mate desertion and a fallacy. Nature 1976 ; 262 : 131 - 2.

8. Trivers RL. Parental investment and sexual selection. In : Campbell B. ed. Sexual Selection and the Descent of Man. Chicago : Aldine, 1971 : 136 - 79.

9. Lack D. Ecological Adaptations for Breeding in Birds. London : Methuen 1968.

10. Beecher MD. Beecher IM Sociobiology of bank swallows : reproductive strategy of the male. Science 1979 ; 205 : 1282-5.

11. Power HW, Litowich E, Lombardo MP. Male starlings delay incubation to avoid being cuckolded. Auk 1982 ; 98 : 386 - 9.

12. Lumpkin S, Kessel K, Zenone PG, Erickson CJ. Proximity between the sexes in ring doves : social bonds or surveillance ? Anim Behav 1982 ; 30 : 506 - 13.

13. Logan CA, Rulli M. Bigamy in a male mockingbird. Auk, 1981 ; 98 : 385 - 6.

14. Alatalo RV, Lundberg A, Stahlbrandt K. Why do pied flycatcher females mate with already - mated males ? Anim Behav 1982 : 30 : 585 - 93.

15. Jenni DA. Collier G. Polyandry in the American Jacana. Auk 1972 ; 89 : 743 - 65.

16. Jenni DA, Betts BJ. Sex differences in nest construction, incubation, and parental behaviour in the polyandrous American Jacana. Anim Behav 1978 ; 26 : 207 - 18.

17. Jenni DA. Evolution of polyandry in birds. Am Zool 1974 ; 14 : 129 - 44.

18. Daly M. Why don't male mammals lactate ? J Theoret Biol 1979 ; 78 : 325 - 45.

19. Chadwick A. Comparison of milk-like secretions found in non-mammals. In : Peaker M, ed. Comparative Aspects of Lactation. London : Academic Press, 1977 ; 341 - 58.

20. Kleiman DG. Monogamy in mammals. Quart Rev Biol 1977 ; 52 : 39 - 69.

21. Eisenberg JF. Parental care In : Mc Farland D, Ed. Oxford New York Toronto Melbourne : Oxford University Press, 1981 ; 443 - 7.

22. Kleiman DG, Malcolm JR. The evolution of male parental investment in mammals. In : Gubernick DG. Klopfer PH. eds Parental Care in Mammals. New York London : Plenum Press, 1981 ; 347 - 87.

23. King GE. Alternative uses of primates and carnivores in the reconstruction of early hominid behavior. Ethol Sociobiol 1980 ; 1 : 99 - 111.

24. Kühme W. Freilandstudien zur Soziologie des Hyänenhundes. Z Tierpsychol 1965 ; 22 : 495 - 541.

25. Lawick H van, Lawick-Goodall J. Innocent Killers. Boston : Houghton Mifflin, 1971.

26. Frame LH, Frame GW. Female African wild dogs emigrate. Nature 1976 ; 263 : 227 - 9.

27. Csermely D. Locomotor activity in newborn mice. Bull Zool 1981 ; 48 : 179 - 82.

28. Duvall D et al. Paternal urine elicits increased maternal care in grasshopper mice. Behav Neural Biol 1982 ; 34 : 221 - 5.

29. Bischof N. De la signification biologique du bisexualisme. In : Sullerot N ed. Le Fait féminin. Paris : Fayard, 1978 ; 34 - 50.

30. Schäppi R. A propos du dimorphisme sexuel . Méd. Hyg. 1979 ; 37 : 3015 - 22.

31. Chivers AJ. The siamang and the gibbon in the Malay Peninsula. In : Rumbaugh D ed. Gibbon and Siamang. Basel : Karger, 1972 ; 1 : 103 - 5.

32. Mitchell GD. Paternalistic behavior in primates. Psychol Bull 1969 : 71 : 399 - 417.

33. Snyder PA. Behavior of Leontopithecus rosalia and related species : a review. J Hum Evol 1974 : 3 : 109 - 22.

34. Bolin I. Male parental behavior in black howler monkeys (Alouatta palliata pigra) in Belize and Guatemala. Primates 1981 : 22 : 349 - 60.

35. Tilson RL. Tenaza RR. Monogamy and duetting in an Old World monkey. Nature 1976 : 263 : 320 - 1.

36. Kummer H. Immediate causes of primate social structures. Proc 3 rd Int Congr Primat. Zurich Basel : Karger. 1971 : 3 : 1 - 11.

37. Hall KRL. Mayer B. Social interactions in a group of captive patas monkeys (Erythrocebus patas). Folia Primatol 1967 : 5 : 213 - 36.

38. Bertram BCR. Kin selection in lions and in evolution. In : Bateson PPG. Hinde RA eds. Growing points in Ethology. Cambridge : University Press. 1976 ; 281 - 301.

39. Kruuk H. The Spotted Hyena. Chicago : University of Chicago Press, 1972.

40. Bertram BCR. Serengeti predators and their social system. In : Sinclair ARE. Norton Griffiths M. eds. Serengeti : dynamic of an ecosystem. Chicago. London : University of Chicago Press. 1979 : 221-48.

41. Eisenberg JF. Muckenhirn NA. Rudran R. The relation between ecology and social structure in primates. Science 1972 ; 176 : 863 - 74.

42. Deag JH. Crook J. Social behaviour and « agonistic buffering » in the wild barbary macaque. Macaca sylvanus. Folia Primatol 1971 : 15 : 183 - 200.

43. Dunbar RIM. Nathan MF. Social organization of the guinea baboon : Papio papio. Folia Primatol 1972 : 17 : 321 - 34.

44. Aldrich-Blake FPG. Bunn TK. Dunbar RIM. Headley PM. Observations on baboons. Papio anubis. in an arid region in Ethiopia. Folia Primatol 1971 : 15 : 1 -35.

45. Altmann J. Baboon Mothers and Infants. Cambridge (Ma) London : Harvard University Press. 1980.

46. Busse C. Hamilton WJ. Infant carrying by male chacma baboons. Science 1981 : 212 : 1281 - 3.

47. Mc Kenna JJ. The evolution of allomothering behavior among colobine monkeys : function and opportunism in evolution. Am Anthropol 1979 : 81 : 818 - 40.

48. Smith DG. A test of the randomness of paternity of members of maternal sibships in six captive groups of rhesus monkeys. Int J Primatol 1982 : 3 : 461 - 8.

49. Massey A. Agonistic aids and kinship in a group of pigtail macaques. Behav Ecol Sociobiol 1977 : 2 : 31 - 40.

50. Bischof N. Comparative ethology of incest avoidance. In Fox R. ed. Biosocial Anthropology. London : Malaby Press. 1975 ; 37 - 67.

51. Hamilton WJ. Busse C. Smith KS. Adoption of infant orphan chacma baboons. Anim Behav 1982 ; 30 : 29 - 34.

52. Wu HMH. Holmes WG. Medina SR. Sackett GP. Kin preference in infant Macaca nemestrina. Nature 1980 ; 285 : 225 - 7.

53. Davis LS. Sibling recognition in Richardson's ground squirrels (Spermophilus richardsonii). Behav Ecol Sociobiol 1982 : 11 : 65 - 70.

54. Kummer H. Social Organization of Hamadryas Baboons. Basel. New York : Karger. 1968.

55. Abegglen H. Abegglen JJ. Field observation of a birth in hamadryas baboons. Folia Primatol 1976 : 26 : 54 - 6.

56. Abegglen JJ. On socialization in hamadryas baboons. Thèse non publiée. Université de Zurich. 1976.

57. Kummer H. Tripartite relations in hamadryas baboons. In : Altmann S. ed. Social communication among Primates. Chicago : University of Chicago Press. 1967 : 63 - 71.

58. Kummer H. Dreiecks-Verhältnisse bei Pavianen. In : Kranz H. Heinrich K. Psychiatrische und ethologische Aspekte abnormen Verhaltens. I. Düsseldorfer Symposium 1974. Stuttgart : Thiem. 1975 ; 145 - 52.

59. Kummer H. Götz W. Angst W. Triadic differentiation : an inhibitory process protecting pair bonds in baboons. Behaviour 1974 ; 49 : 62 - 87.

60. Lawick H van. Solo : the story of an African wild dog. Boston : Houghton Mifflin. 1974.

61. Schaller GB. The Mountain Gorilla : ecology and behaviour. Chicago : University of Chicago Press. 1963.

62. Fossey D. Living with mountain gorillas. In : Marler PR. ed. The marvels of animal behaviour. Washington : National Geographic Society. 1972 : 209 - 29.

63. Harcourt AH. The social relations and group structure of wild mountain gorilla. In : Hamburg DA. Mc Cown ER. eds. The Great Apes. Menlo Park (Ca) : Benjamin/Cummings. 1979 : 187 - 92.

64. Harcourt AH. Stewart KJ. Fossey D. Male emigration and female transfer in wild mountain gorilla. Nature 1976 ; 263 : 226 - 7.

65. Harcourt AH. Stewart KJ. Gorilla male relationships : can differences during immaturity lead to contrasting reproductive tactics in adulthood ? Anim Behav 1981 ; 29 : 206 - 10.

66. Hess JP. Mother-infant behaviour of captive lowland gorillas. Part. 1 : Goma et Tamtam. Film 16 mm. disponible auprès de la Communauté Suisse du Film d'Enseignement et de Recherche Scientifique. CFES Socinstrasse 55A 4051 Bâle ; 1972.

67. Fossey D. Development of the mountain gorilla (Gorilla gorilla beringei) : the first thirty-six months. In : Hamburg DA Mc Cown ER. eds. The Great Apes. Menlo Park (Ca) : Benjamin/Cummings. 1979 ; 139 - 84.

68. Goodall J. et al Intercommunity interactions in the chimpanzee population of the Gombe National Park. In : Hamburg DA. Mc Cown ER. eds. The Great Apes. Menlo Park (Ca) : Benjamin/Cummings 1979 : 15 - 53.

69. Nishida T. The social structure of chimpanzees of the Mahale Mountains. In : Hamburg DA, Mc Cown ER, eds. The Great Apes. Menlo Park (Ca) : Benjamin/Cummings, 1979 : 73 - 121.

70. Lawick - Goodall J van. In the Shadow of Man. London : Collins, 1970. Tr fr. Les chimpanzés et moi. Paris : Stock, 1971.

71. Lawick-Goodall J van. The behaviour of free living chimpanzees in the Gombe Stream Reserve. Anim Behav Monogr 1968 ; 1 : 161 - 311.

72. Shepher J. Reflections on the origin of the human pair-bond. J Social Biol Structures 1978 , 1 : 253 - 64.

73. Short RV. L'évolution de la reproduction humaine. In : Sullerot E, ed. Le Fait féminin. Paris : Fayard, 1978 : 191 - 209.

74. Wickler W. Antworten der Verhaltens forschung. München : Kösel, 1970 : 103 - 13.

75. Hughes AL. Confidence of paternity and wife - sharing in polygynous and polyandrous systems. Ethol Sociobiol 1982 ; 3 : 125 - 9.

76. Maynard Smith J, Ridpath MG. Wife sharing in the Tasmanian native hen, Tribonyx mortierii : a case of kin selection ? Am Natural 1972 ; 106 : 447 - 52.

77. Van Den Berghe PL. Human Family Systems, an evolutionary view. New York : Elsevier, 1979.

78. Packer C. Reciprocal altruism in Papio anubis. Nature 1977 : 265 : 441 - 3.

79. Kurland JA. Paternity, mother's brother, and human sociality. In : Chagnon NA, Iron W, eds. Evolutionary Biology and Human Social Behavior. North Scituate (Ma) : Duxbury, 1979 ; 145 - 80.

80. Gaulin SJC, Schlegel A. Paternal confidence and paternal investment : a cross cultural test of a sociobiological hypothesis. Ethol Sociobiol 1980 ; 1 : 301 - 9.

II. Avant la naissance

Aspects psychologiques de la représentation imagée du fœtus

R. Bessis

L'échographie obstétricale a maintenant plus de 25 ans et elle a pris une telle place dans notre discipline que le Pr Robert Merger pouvait récemment dire que tout ce qui avait été écrit en Obstétrique devait être réécrit à la lumière de l'échographie.

Cependant bien peu d'articles ou de communications traitent des aspects psychologiques de l'exploration ultrasonore et lorsque nous écrivions qu'il pouvait se passer autre chose qu'un diagnostic échographique au cours de l'examen et que le Département d'Echographie était un lieu de Parole, nous rencontrions surtout le doute, ou pire. Pour beaucoup, il n'y a là que boutons et écrans.

En fait les relations entre l'échographie et le psychologique ne sont pas fait nouveau quand bien même elles ne seraient pas reconnues ou explicites. Notons que le sigle de la S.F.A.U.M.B. (1) est une oreille et que Ian Donald, le « père » de l'échographie obstétricale a longtemps été tenté par la psychiatrie avant de choisir définitivement l'Obstétrique.

La technique

L'échographie est une technique dérivée du Sonar et analyse la réflexion d'un ou de plusieurs faisceaux d'ultrasons dirigés sur les tissus. Le document obtenu est une tomographie et représente un plan à deux dimensions par une image à

(1) Société française pour l'application des ultra-sons à la médecine et à la biologie.

deux dimensions (en radiologie, on représente un espace à trois dimensions par projection sur une plaque à deux dimensions). L'iconographie réalisée est totalement artificielle, construite point par point sur un écran, dépendant principalement des caractéristiques propres et des réglages de l'équipement. Ce n'est pas une photographie, mais une certaine vision échographique de la structure explorée. Chaque coupe représente une pièce plus ou moins significative d'un puzzle et ne saurait être interprétée en dehors de son contexte.

De l'image

Une grande partie de ce qui se passe dans un département d'Echographie est lié au « poids » de l'image, c'est-à-dire à la représentation par quelque chose qui est perçu par le regard. La vision, le plus rationnel des sens, est censée fournir la perception la moins trompeuse de ce qui nous entoure. Elle a valeur de vérité : c'est vrai puisque je l'ai vu.

La photo du bébé ou ce qui est appelé la photo du bébé, c'est-à-dire la reproduction de l'image obtenue sur l'écran, tend peu à peu à se substituer au bébé lui-même. Il est maintenant banal que l'album de famille débute par des documents d'échographie anténatale. Ce phénomène est renforcé par l'attitude de nombreux médecins qui prescrivent l'examen en affirmant que l'on va « voir » l'enfant et en faire la photo. Les médias s'en sont mêlés et le phénomène de mode a fait le reste, au point que la caisse de Sécurité sociale a réagi en limitant le remboursement de ce qui n'était plus un acte médical mais un événement mondain. Il n'est pas étonnant dans ces conditions que beaucoup se sentent floués(ées) devant l'ésotérisme des images et accusent l'échographiste de mutisme ou de rétention d'information.

Ce sentiment d'avoir affaire au fœtus lui-même est accrédité par l'observation de ce que l'on pourrait qualifier de faits divers physiologiques, comme un mouvement de déglutition ou le fait de porter la main au visage ou encore une miction. Ces scènes attendrissantes ne manquent pas de réveiller la midinette qui sommeille en chacun de nous. Il est assez difficile d'aller contre cette impression de présence du fœtus et les parents comme les prescripteurs, voire l'échographiste, vont la partager, victimes d'un véritable « choc des photos ».

La projection sur l'écran est très variable selon les individus et l'opérateur est souvent étonné de la richesse infor-

mative que certains accordent à ses images. A l'opposé d'autres, dépités ou non, réfutent tout signifiant à cet agglomérat de points brillants. Au cours d'une soirée d'échographie, un de nos collègues assurait avoir guéri la jalousie d'un premier-né irrascible en lui faisant rencontrer son cadet (à naître) lors d'une échographie. Chadeyron lui proposa une autre explication au changement de comportement de l'enfant : n'ayant rien entrevu sur l'écran qui puisse évoquer un quelconque bébé, mais seulement un dessin inconnu, il en avait déduit qu'il n'était nullement menacé et avait retrouvé sa sérénité.

A la recherche d'une preuve

L'engouement pour l'imagerie ultrasonore s'inscrit parfaitement dans la logique de l'évolution de la Médecine et de l'Obstétrique en particulier. On se défie du sensuel et ce qui se voit prévaut sur ce qui se palpe, ce qui s'écoute ou ce qui se ressent : l'enregistrement sur papier thermique est nécessaire et suffisant pour affirmer la vie fœtale ou la présence de contractions utérines. La vision, le plus rationnel des sens, permet ainsi à certaines femmes d'accoucher sans contractions ou à un fœtus mort d'avoir une activité cardiaque pour peu qu'un capteur ait été mal placé.

La qualité de vérité première inattaquable accordée à la chose vue et, par extension, à l'image échographique est confirmée par le nombre grandissant de procédures médicolégales illustrées par trois exemples :

- un enfant naît porteur d'une amputation d'un pied. Deux échographies avaient été pratiquées au cours de la grossesse, l'une à 12 semaines, l'autre à 34 semaines et l'échographiste est poursuivi pour n'avoir pas signalé cette malformation. Puisqu'il a « vu » le fœtus, comment a-t-il pu ne pas remarquer l'anomalie ?

- un accouchement est long et dystocique et les parents poursuivent l'obstétricien à qui ils reprochent de ne pas avoir pratiqué une césarienne, ce qui aurait pu éviter les troubles neurologiques transitoires présentés par leur enfant. L'accoucheur se retourne contre l'échographiste et affirme que celui-ci l'a fourvoyé par son estimation biométrique, ce qui l'a amené à faire un forceps malgré la dystocie flagrante. Si l'échographiste a estimé que cela peut passer, cela doit passer ;

- l'affaire la plus lourde concerne certainement cet obstétricien qui, ayant pratiqué une échographie anténatale, avait dit aux parents le sexe de l'enfant. Pour des raisons diverses (que l'on pourrait analyser), l'accouchement a lieu

sous anesthésie générale et il s'avère que l'enfant est du sexe opposé à celui prédit. Les parents refusent de reconnaître ce nouveau-né qui ne saurait être le leur. Il est de l'autre sexe, ils l'ont « vu ». Poussant la logique de leur raisonnement, ils poursuivent le médecin pour substitution d'enfant.

La femme transparente

Bien que le dossier porte son nom et que ce soit elle qui la subisse physiquement, ce n'est pas elle qui est concernée par l'exploration. On s'intéresse au fœtus à travers sa mère ; on parle encore de Jonas mais pas de la baleine. La femme est ici une enveloppe à travers laquelle on atteint le fœtus et qui peut parfois être gênante parce qu'elle est obèse, qu'elle a des cicatrices sur le ventre ou que sa vessie est mal remplie. Une de nos patientes l'exprimait clairement en disant « depuis mon échographie, je ne suis plus enceinte, je porte un enfant ».

Pour Chadeyron, l'agressivité de l'examen à l'égard de la femme peut être compensée par son caractère artisanal. Lors de la préparation on caresse son ventre avec le pinceau à huile, on l'oint, on l'embaume.

Pour Stuart Campbell, l'examen n'est vraiment rentabilisé que si l'on pratique ce qu'il appelle le « Feed-Back ». Il faut que la femme voit l'écran et que les images qui s'y succèdent lui soient expliquées de manière simple et intelligible. Il montre, chiffres à l'appui, que les consignes à visée de protection du fœtus sont nettement mieux suivies par les femmes lorsqu'elles ont pu bénéficier de ce feed-back. Cette façon de procéder rend à la mère un rôle actif.

La parole malheureuse

Une des principales difficultés que rencontre celui qui pratique l'échographie est liée à la nécessité d'une interprétation en temps réel des images obtenues. La méthode se distingue ici de la majorité des procédés d'investigation qui comportent trois temps : enregistrement des données, interprétation, expression de la réponse. Parfois se rajoute un quatrième temps lorsque le résultat est fourni au médecin traitant.

L'échographiste ne peut rester silencieux, découvreur de l'image, il doit aussi en être le raconteur. C'est techniquement vrai, car seul celui qui a fait l'examen peut l'interpréter valablement. Mais surtout, il est regardé comme celui qui a

vu, qui voit, celui qui sait. Il est inéluctablement l'objet de questions formulées ou non, auxquelles il peut difficilement se soustraire.

Même lorsqu'il exprime le doute, chacun de ses mots est porteur de vérité car soutenu par l'image.

Pris au-delà de ses mots, l'échographiste maîtrise mal un certain nombre de messages involontaires :

- « vous avez un beau *petit* bébé » devient : on m'a dit qu'il était trop petit (ou hypotrophique),

- « *il* a la tête en bas » devient : c'est un garçon,

- « je *n'ai pas vu* le sexe » devient : c'est une fille,

- « il est un peu *petit* » est devenu : c'est un anencéphale. La patiente, pédiatre, expliqua plus tard que trop petit avait signifié trop court donc qu'il en manquait une partie, le crâne.

On imagine facilement que la portée des paroles de l'échographiste est amplifiée chaque fois qu'une pathologie malformative peut être évoquée. Récemment, lors d'un examen de routine, un échographiste constate certains éléments pouvant faire craindre une agénésie rénale (syndrome de Potter : toujours léthal). Il ne conclut pas, propose un contrôle à distance et prévient la consultante de ses doutes. Le second examen est strictement normal et la conclusion de l'échographiste est qu'il s'agissait d'un simple trouble fonctionnel transitoire. La femme, loin d'être rassurée, éclate en sanglots. Le clinicien lui avait affirmé que son enfant ne serait pas viable et elle avait manifesté un tel désir de mort à son encontre qu'elle ne pouvait plus admettre qu'il soit exempt de malformation. Il n'est pas rare que le clinicien s'octroie ainsi une délégation de la parole malheureuse.

La grimace

Contrairement aux autres investigations diagnostiques, il n'y a pas de différé dans la lecture des informations. La patiente observe l'opérateur « en direct » et interprète ses attitudes et les modifications de sa mimique comme des signifiants de l'état fœtal. La « grimace » de l'échographiste est un message, volontaire ou non, complémentaire de ses paroles et de son compte rendu.

En fait, bien des facteurs peuvent l'amener à avoir un comportement ou un visage suspect : des difficultés techniques ou l'exploration prolongée de certaines fonctions

(activité cardiaque, miction, déglutition...) contraignent à immobiliser plus ou moins longtemps le transducteur, les conditions de travail face à un écran qui scintille, dans le bruit et la chaleur des machines lui donnent souvent une mine proche du patibulaire. La sophistication actuelle de l'examen, l'abord de phénomènes physiologiques complexes ou mal connus, l'importance des résultats conduisent l'échographiste à se préoccuper d'abord de ce qui se passe sur l'écran. La surcharge habituelle des départements d'échographie ne lui laisse que trop rarement le temps de prendre le temps. En pratique il est très difficile de gérer simultanément et convenablement ses mains, ses yeux, son écoute, sa parole et sa réflexion technique.

Le plaisir de l'échographiste

Chadeyron insiste sur le plaisir que peut trouver l'échographiste à exercer son métier. Ce plaisir est lié au caractère artisanal de la méthode et, au sein d'une équipe, on identifie l'auteur d'un examen à ses clichés. On distingue des écoles dont les images sont très chargées et d'autres dont l'iconographie est dépouillée et il est vrai que « les échogrammes d'il y a quelques années ont les nuances attendrissantes des vieilles photos jaunies ».

De même, l'échographiste va largement satisfaire son désir de connaissance. L'exploration ultrasonore et celle du fœtus en particulier sont des domaines pleins d'inconnues, d'éléments à découvrir ou à interpréter. Il y a là largement de quoi répondre à son besoin d'ordre, de réassurement.

La démarche de l'échographiste est de chercher à voir, à éclairer les ténèbres mystérieuses. Voir enfin ! Comme l'enfant qui ouvre ses jouets, l'échographiste tente de voir le dedans des autres, le dedans du ventre de la mère. En fait, ce qu'il voit, ce n'est qu'un tube vidéo à la surface duquel se regroupent des ensembles de points de tonalité et de brillance variable. La tendance actuelle fait une plus large part aux courbes et aux diagrammes, aux analyses de spectre et de structure. L'imagerie figurative ne disparaît pas mais on revient progressivement à l'ésotérisme des premiers temps. On peut ainsi espérer que s'estomperont les effets iatrogènes d'une imagerie trop parlante. Rappelons que les avatars infligés par Junon à la nymphe Echo étaient la conséquence de sa propension à trop raconter d'histoires.

L'échographiste et les autres

Les parents, les médecins prescripteurs, les échographistes peuvent donc être victimes du choc des images. Beaucoup restent persuadés que celui qui pratique l'examen sait vraiment ce qu'il y a dans l'utérus maternel, qu'il s'y promène tranquillement à sa guise et qu'il rencontre personnellement le fœtus.

Cette pénétration peut être considérée comme la violation du tabou des tabous, du saint des saints. C'est certainement ce qu'exprimait la mère d'une femme à qui l'on faisait une échographie et à qui il était proposé d'accompagner sa fille dans la salle d'examen. « Non » dit-elle, « cela va sûrement me porter malheur ».

L'échographiste serait une espèce de Bienheureux qui aurait acquis la Connaissance. Il saurait quelque chose que les autres ne savent pas, ce qu'il y a dans le ventre de la mère. Mais il a pour cela transgressé ce qu'il ne fallait pas transgresser. De fait, si l'on observe ce qui se passe dans la majorité des services, il semble bien que cela dérange beaucoup les autres de penser que les échographistes « savent ». Nous savons que ce savoir est extrêmement limité en réalité.

L'enfant de qui ?

T. Durandeau évoque la possibilité de syndromes de rapt dans les suites de l'échographie obstétricale. Le médecin s'est substitué à la mère, il sait mieux qu'elle comment se place l'enfant ou comment il se porte. Comble, c'est lui qui vient lui raconter le fœtus.

L'échographiste qui en découvre l'image viendrait ainsi voler un peu l'enfant que la mère cache en son sein. Mais d'autres assistent ou peuvent assister à l'examen. Ce sont généralement les pères qui insistent pour qu'il y ait plus d'échographies, ce sont eux qui demandent le plus de détails en particulier au sujet des mouvements ou du sexe du fœtus. Ils sont à l'évidence plus souvent présents et « actifs » au département d'ultrasons qu'à la consultation. La visualisation échographique semble leur permettre de porter eux *aussi* le bébé. Les hôtesses, chargées dans le service de donner les rendez-vous, répondaient récemment à une femme qui souhaitait avoir un horaire de consultation tardif pour que son mari puisse l'accompagner : « ce n'est qu'une consultation, pas une échographie, votre mari n'a pas besoin de venir ». Elles ne faisaient là que refléter ce qui leur est

habituellement demandé. On peut l'interpréter comme une participation paternelle aux préoccupations maternelles et aux charges de la gestation mais toutes les femmes ne sont pas prêtes à partager.

Le contenu de l'examen

Nous ne nous attarderons pas sur ce sujet développé ailleurs par Anne Courvoisier. Cependant deux points dominent ce chapitre.

La détermination et la révélation anténatale du sexe a largement occupé la Une des médias et les fabricants de robes de grossesse ont récupéré le phénomène et créé des collections pour garçon ou pour fille. Mais la proportion réelle des parents qui souhaitent connaître le sexe de leur enfant à naître est très minoritaire même si ce sont eux qui parlent le plus haut. Des enquêtes non directives ont montré que cette question venait presque au dernier rang de ce qui est attendu de l'échographie. De plus en plus de femmes demandent d'emblée à ce que le sexe fœtal ne leur soit pas révélé et on peut formuler l'espoir que cesse la pratique sauvage de certains. Notre expérience personnelle montre que lorsqu'il n'est pas cherché délibérément, le sexe fœtal reste inconnu de l'échographiste dans plus de neuf cas sur dix. Plusieurs observations controversées évoquent la possibilité d'effets néfastes pour le fœtus et la prudence semble conseillée pour l'instant. L'indication de la recherche volontaire du sexe est par contre évidente quand elle s'intègre à un bilan fœtal (pour malformation par exemple). De même, si les parents insistent pour le savoir et que sa recherche s'avère simple, il est difficile de ne pas leur répondre. L'important est que ce ne soit pas le désir de l'échographiste qui prime en suscitant la demande.

En ce qui concerne le diagnostic de malformation ou d'anomalie fœtale, nous pensons que les parents doivent être clairement informés. Les difficultés peuvent être classées selon trois rubriques : quand dire ? quoi dire ? qui va dire ?

Ces problèmes ne sont bien sûr pas nouveaux, mais le développement et les progrès de l'échographie leur confèrent une acuité nouvelle du fait de la fréquence et de la précocité des diagnostics.

Toute malformation est-elle bonne à rechercher ? En particulier est-il licite de vouloir dépister certaines anomalies bénignes, facilement reconnues à la naissance, curables et

dont le diagnostic anténatal est sans effets sur la conduite de la grossesse et l'accouchement ? C'est le cas par exemple de l'ectopie testiculaire ou du bec-de-lièvre.

Chaque fois, c'est l'échographiste qui se trouve en première ligne face aux parents. C'est lui qui va déclarer la perte de l'enfant merveilleux, provoquer la blessure narcissique et le sentiment de culpabilité. Technicien pointilleux, il lui faut également être capable d'écoute, de prudence dans ses paroles.

Non-neutralité de l'échographie

Manifestement comme tant de gestes médicaux, la prescription et la réalisation d'une échographie obstétricale ne sont pas choses neutres.

Il faut sensibiliser à ce sujet, outre les échographistes, les médias et surtout les prescripteurs qui sont les premiers transmetteurs de l'information.

Il paraît souhaitable que soient élaborées des études prospectives dépassant le cadre de la maternité pour s'intéresser aux parents, à l'enfant et à leurs relations à distance de la naissance.

L'utilisation de l'échographie ultrasonore en Obstétrique provoque et va provoquer d'importants changements comportementaux. Ce que M. Soulé appelle I.V.F. (Interruption Volontaire de Fantasmes) est vraisemblablement en passe d'entraîner un phénomène de société comme l'a fait en son temps l'avènement de la contraception.

Trois questions sont actuellement posées : Que change-t-on ? Est-ce grave ? Et surtout, est-ce que vraiment nous avons le choix ?

Pour en savoir plus

Chadeyron PA. Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale. Rev med Psychosom 1978 ; 20 : 187-93.

Durandeau Th. Une approche du vécu de l'échographie obstétricale. DES psychologie clinique, 1977.

Echographie obstétricale et fantasmes

Anne Courvoisier

Au cours des 18 mois passés dans le service d'échographie de la Maternité de Genève, j'ai tenté de cerner ce qui se passe sur le plan fantasmatique, tant pour les futurs parents que pour l'échographiste et son équipe.

L'échographie est devenue technique courante en obstétrique ces dix dernières années ; toutefois l'impact émotionnel de la visualisation du fœtus in utero n'a peut-être pas toujours été appréhendé à sa juste mesure, cet examen étant souvent banalisé comme un examen de routine habituel. Or, il m'est apparu que si le rôle primordial et incontestable de l'échographie reste la réassurance qu'elle apporte quant à la normalité fœtale et au bon déroulement de la grossesse, l'ultrason a un très fort impact sur le plan de la mobilisation fantasmatique. Il me semble en effet que l'échographie « court-circuite » momentanément la fantasmatique habituelle de la femme enceinte. Ainsi, au niveau de l'élaboration de la représentation psychique, nous savons à quel point il est important pour la relation ultérieure mère-enfant et pour le devenir de cet enfant, que la mère puisse se représenter mentalement l'enfant qu'elle porte, notamment comme un être distinct d'elle-même, doté de ses propres caractéristiques, donc capable d'autonomie. Or, l'échographie soumet à la parturiente une représentation de son enfant, avant même qu'elle n'ait pu se le représenter, soit, de toutes façons, une représentation qui est différente de sa représentation imaginaire d'où l'étonnement, voire la déception, car l'enfant n'est alors ni plus beau, ni moins beau, mais tout simplement différent puisque *réel.* Il s'ensuit un sentiment de malaise, d'étrangeté. Freud dit que ce sentiment d'étrangeté intervient à chaque fois que s'estompent les limites entre réel et imaginaire. Or, nous sommes bien là dans cette situation où l'enfant qui apparaît comme en *reflet* dans cette flaque d'amnios se projetant sur l'écran vient se heurter à la représentation imaginaire de la parturiente. Il se peut même, comme je l'ai dit tout à l'heure, que la visuali-

sation de l'enfant intervienne avant même que la mère n'ait pu se faire une représentation imaginaire de son enfant, ceci notamment dans les toutes premières semaines de la grossesse. De toutes manières, lorsque la visualisation de l'enfant intervient avant la perception des mouvements fœtaux, elle provoque un sentiment de malaise dans la mesure où elle bouleverse l'évolution habituelle en substituant un registre sensoriel à un autre, en l'occurence la vue à la perception viscérale profonde. Ce sentiment disparaît généralement après quelques heures par résurgence de l'enfant imaginaire, mais il peut aussi créer un besoin de répétition de l'examen ultrasonique.

D'autre part, j'ai souvent observé un sentiment de malaise dans les quelques *jours* qui suivent un ultrason. Mon hypothèse, en dehors de ce sentiment d'étrangeté qui intervient par la substitution d'une image réelle à une image fantasmatique, est que l'ultrason induit ce que j'ai appelé un *« fantasme de profanation »* du fait que beaucoup de femmes ont exprimé (soit directement, soit par un refus catégorique de regarder l'écran, soit encore par des rêves assez typiques), le sentiment d'avoir profané en allant voir ce « quelque chose qui devait rester caché, secret », avec souvent une crainte superstitieuse de punition et une projection massive sur l'échotomographe (l'appareil) qui pourrait avoir une incidence maléfique sur la formation ou l'évolution fœtale.

Quant à la sonde, elle est souvent assimilée à un œil qui va pénétrer le ventre maternel, le fouiller, parfois même le dépouiller de son contenu. Cette sonde, ce troisième œil du médecin va doter l'échographiste d'un pouvoir encore supérieur. On sait que dans la mythologie, la polyophtalmie est un signe de multiplication de puissance et que le chiffre trois est un superlatif absolu (c'est-à-dire qu'aucun chiffre, même 100 000 ne lui est supérieur, car il ne fait que répéter la même notion). Or, si l'échographiste, avec son troisième œil, va pouvoir aller regarder à l'intérieur du corps de la parturiente, ce regard pourra éveiller des fantasmes d'intrusion du type « il m'a transpercé le ventre pour aller regarder mon bébé » et lorsque l'examen ultrasonique se double d'une amniocentèse, l'aiguille est souvent vécue comme le prolongement de cette sonde-regard, avec les mêmes fantasmes d'intrusion agressive. Cette assimilation de la sonde à l'œil est d'autant plus intéressante que le setting échographique est un lieu d'échanges de regards avec toute la gamme de fantasmes que peut induire chacun de ces regards. Ainsi, par exemple, la visualisation *à distance* de l'intérieur de son corps par la parturiente peut provoquer des perturbations sur le plan narcissique, d'autant plus que la femme enceinte

est déjà soumise à un constant remaniement de l'image de son corps durant la grossesse. En outre, la réaction première de la parturiente à l'image fœtale, surtout en début de grossesse, est souvent un mouvement de recul face à cette « petite chose qui bouge en elle » et les mères expriment souvent l'impression désagréable de se sentir « habitées » par un corps étranger, le fœtus étant alors souvent comparé à une grenouille, à une araignée qui grouille, à un poisson, etc. Ce sentiment désagréable ne dure généralement que quelques instants et cède en principe sous les explications de l'échographiste.

De plus, j'ai remarqué que dès que l'enfant n'est plus visible *en entier* sur l'écran, ceci dès la 20e semaine environ, on observe souvent une résurgence d'angoisses de morcellement ou d'éclatement, angoisses renforcées parfois par le jargon de l'échographiste qui parle de « morceau de bras, coupe du cordon, tronçon de jambe, section de membre, etc. ».

D'autre part, dans la perspective narcissique, on peut se demander ce qui intervient fantasmatiquement lorsque la mère peut se sentir regardée, *vue par son fœtus...*

Dans la gamme des fantasmes que peut induire l'échographie, il y a également le fantasme de *rapt par le regard* qu'éprouvent certaines femmes. On retrouve ici la vieille idée épicurienne comme quoi les images sortent des objets pour rentrer dans nos yeux. Ce fantasme de rapt, les mères l'éprouvent vis-à-vis de l'échographiste mais surtout de leur conjoint lorsqu'il est présent à l'examen. Nous avons ainsi constaté que la moitié des femmes environ préfèrent ou auraient préféré venir seules aux ultrasons, notamment celles qui désirent préserver le plus longtemps possible la dyade mère-enfant. Le sentiment de rapt est parfois conscient chez l'échographiste : ainsi, une jeune femme échographiste ne pouvant pas avoir d'enfant avoue avoir « rapté » l'enfant d'une mère non-voyante qu'elle a suivie durant toute la grossesse.

Il m'a paru intéressant de comparer, chez les futurs parents, l'impact émotionnel de l'écoute des bruits cardiaques fœtaux (BCF) par rapport à celui de la visualisation de l'enfant par l'échographie. Ainsi, il s'avère que l'écoute des BCF laisse des traces émotionnelles beaucoup plus fortes et durables, ceci même au sortir d'un examen échographique. Je ne sais pas s'il s'agit simplement de la valeur symbolique du cœur ou, rejoignant ma première hypothèse, si ce n'est pas plutôt parce que l'écoute des BCF préserve davantage l'imaginaire...

A propos d'imaginaire, j'en viens naturellement au fameux « sexe de l'ange ». La question se pose en effet de savoir s'il est bon de révéler le sexe de l'enfant durant la grossesse. Interrogés sur ce plan, la plupart des parents ont préféré ne pas savoir ; on peut voir dans cette réticence des futurs parents à objectiver trop tôt la réalité de l'enfant, le désir ou besoin de maintenir le mystère jusqu'au bout. De toutes façons, il me semble que ce maintien du mystère au niveau du sexe de l'enfant est une nécessité importante afin de garder dans la relation à l'enfant à naître toutes les virtualités de la bisexualité. Je veux dire que dans la préhistoire de l'enfant, le désir des parents devrait rester bisexuel pour que l'enfant puisse plus tard acquérir sa propre identité sexuelle. En effet, les parents étant les vecteurs des fantasmes identificatoires, étant autrement dit la source d'identification future aux deux sexes, il faudrait que leur désir reste bisexuel pour ne pas hypothéquer le devenir de l'enfant. Il s'agit là d'un postulat psychanalytique ; toutefois, certains travaux cliniques montrent la difficulté d'assumer cette fixation à un sexe donné durant la grossesse ; je pense notamment aux travaux qui ont révélé chez les mères connaissant le sexe de leur enfant après amniocentèse un taux plus élevé d'abortus spontanés que chez les mères qui l'ignoraient, et ceci bien sûr, même si le sexe révélé correspondait au sexe souhaité.

Au niveau de la communication avec le bébé, j'ai remarqué que la communication mère-enfant peut se trouver « renforcée » par l'échographie, mais je ne l'ai pratiquement jamais vue s'établir à ce moment-là, sinon en de très rares occasions, principalement lorsque l'enfant n'était pas désiré. En revanche, pour le futur père, l'ultrason a souvent « déclenché » cette communication avec l'enfant, le père se sentant brusquement « responsabilisé », conscient de l'existence de son enfant jusqu'alors purement imaginaire, voire non imaginé. Ainsi l'échographie qui, dans le champ de l'obstétrique, se situe aux sources de la vie et des relations parents-enfant, peut favoriser le passage souvent difficile à la relation triangulaire.

De toute manière, le setting échographique me semble être un lieu privilégié pour l'expression des éventuelles inquiétudes liées à la grossesse en général et parfois vectorisées par l'ultrason. Ainsi, l'échographiste se devra d'ajouter à un mode de fonctionnement biologique, un code de compréhension symbolique qui lui permettra, par une attitude disponible et prudente, d'évaluer les nombreuses situations où il aura à garder pour lui certaines informations scientifiques fournies par l'ultrason (en particulier sur le sexe de l'enfant) alors qu'en revanche la détection d'une

éventuelle malformation fœtale semble susciter un désir quasi-unanime de connaissance chez les futurs parents.

Je concluerai sur une observation permanente : l'ultrason provoque des réminiscences et vient souvent renforcer la culpabilité ou le regret liés à une interruption de grossesse antérieure, de même qu'il évoque immanquablement l'enfant perdu, que ce soit par abortus spontané, à la naissance ou même après. Toutefois, tant il est vrai qu'un enfant ne vient jamais combler un vide, sinon la béance du désir, nous verrons ce bébé ainsi « précipité » sur l'écran (et qui quelque part pourrait encore être l'Autre) trouver petit à petit sa place dans le désir parental et y inscrire sa propre histoire.

Pour en savoir plus

Courvoisier A. Dimensions psychosexuelles de l'échographie obstétricale. In : Pasini W et al. Gynécologie psychosomatique et sexologie. Tome II. Paris : Masson, 1983.

Sexualité pendant la grossesse et le post-partum

G. Charbonnier

L'anamnèse sexologique ou une étude du comportement sexuel pendant la grossesse peuvent renseigner sur la relation qui se tisse entre parents et enfant.

Je m'appuierai sur deux études faites avec le Pr Pasini dans le Service d'Obstétrique de la Maternité de Genève, l'une sur le comportement sexuel de la femme pendant la grossesse [1], l'autre sur celui de l'homme [2]. Il s'agissait d'études statistiques et cliniques.

Comme tant d'autres, je considère la grossesse comme une crise maturative sur le plan psychologique de l'homme, de la femme et du couple aussi. Cette crise ne se limite pas à la période de grossesse, car y participent la période antérieure, celle de la décision (ou de l'indécision) d'avoir un enfant, de même que celle qui la suit, le post-partum. L'enfant, en effet, est présent dans les fantasmes des parents avant même la conception ; il l'est durant la grossesse, devenant en outre de plus en plus objet de perception ; il devient physiquement séparé de la mère à l'accouchement, mais ne le sera dans les fantasmes parentaux que lorsque le père et la mère se retrouveront comme couple réalisant sa sexualité, c'est-à-dire à la fin du post-partum.

Que cette phase se déroule parfois avec des perturbations somatiques ou psychologiques, on le sait. Que le comportement sexuel soit modifié, c'est le cas, comme je vais le montrer : désir sexuel n'équivaut pas à désir d'enfant ; sexualité pour le plaisir n'est pas synonyme de sexualité pour la procréation ou de sexualité pendant la grossesse.

Le désir, la fréquence et la satisfaction sexuels diminuent progressivement au cours des trois trimestres de la grossesse. Certains couples signalent une amélioration au premier trimestre qui signifie un rapprochement du couple autour du bonheur de la révélation de la grossesse (nos études, en particulier diffèrent de celle de Master et Johnson qui signa-

laient une amélioration de la satisfaction sexuelle chez la femme au deuxième trimestre en évoquant la congestion pelvienne). J'interpréterai cette diminution de la sexualité comme une façon pour le couple de mettre de côté le plaisir sexuel pour faire place à l'enfant. C'est ainsi qu'il recourt aux caresses sexuelles en remplacement des activités coïtales, l'homme à la masturbation, voire parfois aux relations extra-conjugales. Des rêves érotiques, faits fréquemment au troisième trimestre, prennent la valeur d'exutoire aux relations sexuelles absentes et ont donc un caractère nettement compensatoire.

L'ambivalence du désir de grossesse, de même que les difficultés sexuelles d'avant la grossesse, se marqueront par plus de perturbations dans le comportement sexuel pendant la grossesse.

S'il s'agit de la première grossesse, s'il y a eu antérieurement une ou plusieurs fausses-couches, interruptions de grossesse, ou naissance prématurée, la sexualité pendant la grossesse est diminuée, parce que les peurs pour l'enfant liées à la sexualité augmentent comme si le couple craignait d'abîmer ou de tuer à nouveau un enfant. Il en va de même pour les problèmes somatiques que la femme peut rencontrer durant sa grossesse.

Jusqu'à ses premiers mouvements, l'enfant ne s'était manifesté que de façon indirecte : par une absence des règles, un test positif, des nausées et des vomissements éventuels ou un examen ultrasonique. Dès qu'il bouge, 1/3 des futurs pères le considèrent dès ce moment-là comme un être vivant. Peut-être sont-ils plus distants que la femme de ce qui se passe dans le ventre ou dans le corps et ont-ils besoin de cette perception concrète, qui en tous cas va s'accompagner chez la moitié d'entre eux d'une diminution de la sexualité.

Les modifications du corps de la femme, l'apparition de formes si peu valorisées par les stimuli érotiques environnants sont corrélées elles aussi à une diminution de la sexualité. A un niveau plus profond, il s'agit bien sûr du conflit provoqué par le désir pour le corps de la mère.

Les peurs et inquiétudes en relation avec la sexualité qu'éprouve le couple sont diverses et fréquentes : peur de blesser l'enfant avec le pénis, de le rendre anormal, de déclencher une fausse-couche, un accouchement prématuré, de provoquer une infection. Elles influencent bien sûr la sexualité dans le sens d'une diminution et mettent tout particulièrement en évidence l'émergence des fantasmes sadiques contre l'enfant et la mère durant la grossesse.

Dans nos enquêtes, le gynécologue est apparu comme une image parentale qui peut jouer un rôle rassurant, dont l'avis en matière sexologique est très suivi, mais dont les conseils ou les interdictions peuvent néanmoins augmenter l'anxiété, surtout s'ils ne sont pas accompagnés d'explications. Aucune corrélation significative entre cours de psycho-prophylaxie obstétricale et comportement sexuel ou bien peurs n'a pu être trouvée, probablement parce que ces cours sont donnés en général au troisième trimestre de la grossesse, c'est-à-dire quand les relations sexuelles sont peu fréquentes ou ont cessé.

L'étude de la sexualité pendant la grossesse révèle chez les parents l'ambivalence de leurs sentiments à l'égard de l'enfant.

La femme oscille entre le vécu d'être narcissiquement tout à fait comblée et son désir sexuel, signe qu'elle ne l'est pas. Remplie par l'enfant, elle ne désire plus le pénis de son mari. Elle lui demande même une attitude maternelle. La sexualité lui apparaît alors comme un risque pour son corps, le pénis dangereux pour l'enfant.

Le post-partum sera une période complexe où elle aura à maintenir ses sentiments maternels à l'égard de son enfant, retrouver sa sexualité de femme et son mari comme partenaire sexuel.

L'homme, lui, devant la complétude de son épouse, se sent démuni ; il ne sait que faire de son désir, surtout pour une femme qui lui apparaît comme une mère, un désir si clairement incestueux. Il doit donc se débrouiller : en s'identifiant à un rôle de mère pour son épouse (il devient plus gentil, plus attentionné), à moins qu'il ne régresse et s'identifie à l'enfant, demandant à son épouse d'être une mère pour lui. Ne peut-il attendre pour porter l'enfant dans ses bras ? Alors il le porte dans son ventre. Et il se passe des choses dans le ventre des hommes pendant la grossesse : un quart présente les symptômes de la couvade, prennent du poids, ont des troubles digestifs. L'homme est en butte à des sentiments d'amour et de haine vis-à-vis de la femme-mère comblée, exclu par elle, et par l'enfant qui devient un rival inconsciemment, pénis du père dans le ventre de la mère ou bien souvenir des petits frères et sœurs.

Dans le post-partum, il lui incombe la tâche tout aussi complexe de soutenir son épouse dans son rôle de mère, de la retrouver comme objet de son désir sexuel, réalisant ainsi en tant que père et mari une régulation de la distance entre la mère et l'enfant.

En conclusion, je propose, durant la grossesse, une écoute attentive de la sexualité aussi bien de la femme que de l'homme, non seulement dans le but de prévenir les fréquentes dysfonctions sexuelles du post-partum, mais encore parce qu'une telle écoute est riche en renseignements sur les fantasmes conscients et inconscients autour de l'enfant, sur le processus de maturation qui mène au sentiment d'être parent et donne à l'enfant sa place dans le couple.

Références

1. Pasini W, Charbonnier G. Vie sexuelle pendant la grossesse. In : Pasini W. Sexualité et gynécologie psychosomatique. Paris : Masson, 1974.

2. Charbonnier G, Pasini W. Sexualité de l'homme pendant la grossesse : enquête et cas cliniques. In : Pasini W. et al. Sexualité et gynécologie psychosomatique. Tome II. Paris : Masson, 1983.

La maternité des psychotiques

J. Manzano

Les progrès dans les traitements pharmacologiques et en psychiatrie sociale et communautaire durant les 30 dernières années ont eu comme effet une réduction drastique des temps d'hospitalisation et permis par là aux jeunes femmes psychotiques de maintenir une vie sociale bien plus grande que dans le passé. De ce fait, la fréquence des maternités a considérablement augmenté [1]. Il faut se rappeler que les patientes schizophrènes représentent 1 % environ de la population féminine. A Genève, au service de psychiatrie ambulatoire, nous avons 323 nouveaux cas de femmes diagnostiquées de psychotiques durant les trois dernières années, dont 200 mariées, divorcées ou veuves.

Notre intérêt pour le problème de la maternité des psychotiques a été déterminé par des raisons d'ordre d'assistance, de prévention et de recherche.

Nous nous sommes proposés d'apporter une aide à ces jeunes mères par le biais d'une intervention préventive de type primaire centrée sur la relation mère-enfant. L'efficacité de cette intervention, telle est notre hypothèse, doit se trouver facilitée par le fait que ces jeunes mères sont dans une situation de crise. En effet, comme dans toute situation de crise, l'état de déséquilibre émotionnel que représentent toujours la grossesse et l'accouchement, risque de provoquer une décompensation, mais en même temps fournit des possibilités accrues d'ouverture thérapeutique.

En deuxième lieu, nous avons voulu étudier le développement de la relation mère-enfant dans ce groupe « à haut risque ». Il est aujourd'hui solidement établi que tandis que l'incidence de la schizophrénie dans la population générale est de 0,85 %, le risque, lorsqu'un parent est schizophrène, monte à 17 % pour une psychose schizophrénique clinique, de 50 % pour des troubles dans les « spectrum » de la schizophrénie [2]. Par contre, ce qui est beaucoup moins connu, c'est le processus par lequel cette pathologie se développe. Les données les plus récentes suggèrent que le facteur héréditaire serait probablement de nature polygénique, donnant

lieu à une tendance qui n'a pas encore été identifiée et qui aurait besoin de la conjonction des facteurs de l'environnement, qui à leur tour, ne sont pas encore connus, malgré les nombreuses théories existantes [3].

La troisième raison qui a motivé notre intérêt, c'est la constatation qu'à l'instar de ce qui a été pendant longtemps le cas, pour tout ce qui concernait les mauvais traitements d'enfants par leurs parents, une certaine « loi du silence » règne sur toute la problématique des jeunes mères psychotiques et de leurs enfants. A titre d'exemple, nous pouvons citer le cas récent d'une mère psychotique infanticide dont on envisageait la sortie de la clinique psychiatrique et l'équipe soignante ignorait que cette mère avait encore un autre enfant en bas âge. Citons aussi que dans notre service ambulatoire de psychiatrie adulte, il n'existait pas, jusqu'à il y a un an, une référence dans le dossier ou sur les fiches d'entrée concernant l'existence d'enfants chez les patientes.

C'est pour ces raisons que depuis 1975, en suivant une idée du Pr Garrone, nous avons constitué un groupe d'étude et de soins des jeunes mères psychotiques. Il s'est organisé comme une équipe ouverte et pluridisciplinaire, ses membres appartenant aux différentes unités extra-hospitalières du département de psychiatrie, à des institutions non psychiatriques s'occupant aussi bien d'enfants que d'adultes, ainsi qu'à la pratique psychiatrique privée.

Nous nous proposions de prendre en charge des patientes diagnostiquées comme schizophrènes au moment de leur grossesse ou pendant le jeune âge de leurs enfants, ainsi que les psychoses post-partum. Les cas de ces mères nous sont signalés par des psychiatres, des médecins généralistes, gynécologues, infirmières, puéricultrices, assistantes sociales, etc. Toutes ces personnes, lorsque cela s'avère possible, ne se limitent pas à nous envoyer des cas, mais continuent à les suivre en collaboration avec nous.

Notre mode d'approche est essentiellement clinique. Suivant notre option théorique de base, nous abordons les décompensations psychotiques périnatales comme une crise, c'est-à-dire un moment de déséquilibre émotionnel personnel et relationnel. Pour permettre un retour à un équilibre plus favorable, trois mesures concrètes sont appliquées simultanément :

– création d'une relation thérapeutique stable, bien investie, avec un des membres du groupe ;
– mise en contact avec au moins un autre soignant, ayant un rôle différent ;

- renforcement des liens sociaux par des interventions sur l'entourage.

Lorsque, passé la période de crise, un équilibre satisfaisant n'est pas obtenu, d'autres mesures thérapeutiques spécifiques sont envisagées :

- thérapie de couple,
- thérapie individuelle,
- thérapie spécifique du milieu.

Nous avons développé ailleurs les conclusions de l'ensemble de notre expérience ainsi que les aspects conceptuels et méthodologiques, je veux signaler un certain nombre de points caractéristiques.

Utilisation des ressources non psychiatriques de la communauté

Dès le début, nous nous sommes donnés comme objectif la collaboration étroite avec tout membre de la communauté pouvant jouer un rôle de prévention. Ceci a toujours été le cas avec les infirmières du Service de Soins à Domicile de la Croix-Rouge, de même qu'avec les médecins praticiens et le personnel des différents services administratifs et d'assistance (Tuteur Général, Protection de la Jeunesse, etc.).

La prise de contact

Un soin particulier est accordé au premier contact avec les patientes, qui aura une répercussion décisive dans la suite du projet thérapeutique. Une des difficultés consiste à trouver un équilibre acceptable entre un interventionnisme, peut-être ressenti comme intrusif, et une trop grande distance qui empêche les relations de confiance.

Appui sur le milieu familial

La prise en compte des ressources du milieu familial nous est apparue primordiale. Les relations que la jeune mère entretient avec sa propre mère et avec son mari se sont avérées, comme nous le verrons, un facteur pronostique très important pour l'évolution future. Pour comprendre les relations familiales, les visites à domicile se sont avérées très utiles pour permettre de nouer des alliances thérapeutiques différenciées.

L'accouchement

Dans les cas où nous avons pu entrer en contact avec les futures mères durant leur grossesse, nous avons essayé de faire une préparation à l'accouchement avec la collaboration des infirmières de la Croix-Rouge, ainsi qu'avec le gynécologue ou les membres de l'équipe de la Maternité.

Séparation mère-enfant et problèmes de l'hospitalisation en clinique psychiatrique

Tout notre dispositif de soins est fait dans le but, jusqu'à preuve du contraire, de la non-séparation de la mère et de l'enfant. Nous avons constaté que les jours qui suivent l'accouchement constituent le moment du plus haut risque de séparation et d'hospitalisation de la mère, et par conséquent, un effort particulier de présence et d'intervention préventive a été fait pendant cette période. Si la mère doit nécessairement être hospitalisée, nous nous efforçons qu'elle le soit accompagnée de son enfant, et que la relation avec nous ne soit pas rompue. Ceci signifie une étroite collaboration avec le personnel hospitalier.

Il en va de même lorsque les circonstances nous conseillent l'utilisation des centres thérapeutiques de jour.

Résultats

Dans une approche comme la nôtre, l'analyse des résultats est nécessairement liée à une valorisation critique de nos modes d'interventions. Pour en tirer des conclusions généralisables, il nous faudrait avoir un follow-up beaucoup plus long que celui que nous avons actuellement.

Nous avons suivi jusqu'à ce jour 30 cas de mères et enfants, mais pour les données concrètes, je vais me référer aux 10 premiers cas pour lesquels nous avons un follow-up d'au moins trois ans.

Dans 2/3 des cas, notre intervention est terminée comme telle après un maximum de trois ans. Cette fin de traitement implique, au-delà de la disparition des symptômes, un retour à une situation psychologique et relationnelle compatible avec le besoin d'un enfant de trois ans.

Aucune de ces jeunes femmes n'est évidemment guérie, mais le réaménagement de la situation psychologique et sociale a permis une relation mère-enfant acceptable à nos yeux.

En ce qui concerne les enfants, nous avons suivi de près leur évolution et pour 7 d'entre eux, un examen clinique de contrôle a été effectué.

Presque tous les enfants sont élevés par les parents ou leur mère. Un seul est placé dans une famille nourricière et pour un autre, une solution de compromis a été trouvée : la mère célibataire est retournée vivre avec ses parents.

Les enfants examinés ont suivi la filière développementale et socio-scolaire adaptée à leur âge. Les différentes étapes du développement de la pensée correspondent bien aux âges chronologiques, et nous avons relevé l'accès à la dimension symbolique. Le développement intellectuel est dans la norme, avec toutefois des signes de précocité chez trois enfants.

Les manifestations affectives, la vie fantasmatique, les mécanismes de défense et le contrôle des pulsions sont adéquats à la situation d'examen, sauf dans un cas où apparaissent des traits obsessionnels modérés. La relation interpersonnelle remplit les normes habituelles, et ces enfants ne présentent pas de signes indiquant une perturbation du processus d'individuation-séparation. Nous n'avons pas relevé de fonctionnement psychotique, ni au niveau clinique, ni au niveau psycho-dynamique.

Conclusions provisoires

Il se dégage de l'ensemble de notre expérience une impression modérément optimiste, si l'on tient compte de la gravité des tableaux considérés. Dans l'optique de la prévention secondaire, tout se passe comme si la naissance de l'enfant, avec le changement psychologique qui l'accompagne, représente pour ces jeunes mères une nouvelle chance d'instauration d'un équilibre émotionnel plus satisfaisant que le précédent. L'investissement de l'enfant émerge comme une force capable de résister et de se maintenir en dépit des périodes aiguës de désorganisation.

Avec un dispositif d'assistance léger comme le nôtre, on peut obtenir (dans un pourcentage élevé de cas) que ces jeunes mères sortent (ou ne tombent pas) dans la chronicité, ni dans la dépendance permanente des circuits institutionnels psychiatriques.

En ce qui concerne les enfants, le fait le plus marquant consiste en l'absence d'une grave pathologie psychique ou développementale précoce. Constatant comme d'autres auteurs, la présence de signes d'hypermaturité et d'hyperadaptation de certains de ces enfants, nous avons été amenés

à nous intéresser de près aux différentes étapes futures de formation de ces structures « hypermatures ». Il s'agit là de personnalités dites « as if » (faux-self), de fausses identités. Pour nous, il s'agit là du type d'organisation de la personnalité en deux couches mal soudées entre elles qui constituent la vraie personnalité pré-morbide capable de se scinder dans une décompensation schizophrénique lors d'une phase plus tardive du développement. En gardant le contact avec ces enfants jusqu'à l'adolescence, nous espérons apprendre davantage sur cet important aspect du problème.

Références

1. Eisenberg L. Preventive methods in psychiatry. In : Nospitz J, ed. Basic Handbook of child Psychiatry. New York : Basic Books, 1979 ; 3-8.
2. OMS. Rapport working group : primary prevention of schizophrenie in high-risk groups. Genève : OMS, 1975.
3. Friedman A, Kaplan E, eds. Comprehensive Texbook of psychiatry. Baltimore : Williams and Wilkin, 1975 ; 867-88.

Pour en savoir plus

Manzano J, Lalive J. Les jeunes parents psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire. L'Information Psychiatrique, 1983 ; 59 : 671-85.

Les mères psychotiques et leurs enfants

Expérience d'un groupe d'étude et de prise en charge

Jacqueline Lalive

En 1976, nous suivions en thérapie dans un de nos services de consultation psychiatrique ambulatoire une jeune femme enceinte, qui était angoissée, déprimée. On peut dire qu'elle était suivie de façon très adéquate par son médecin traitant et son assistante sociale. Il s'agissait d'un cas très investi sur le plan thérapeutique et qui avait été présenté au Pr Garrone lors d'une grande présentation clinique. Quelques mois plus tard, alors que nous demandions de ses nouvelles, nous avons appris qu'elle s'était suicidée. Cette nouvelle eut dans le service un effet de sidération. Cet effet de sidération fut par la suite élaboré et le Pr Garrone proposa de mettre sur pied un groupe d'étude et de prise en charge des jeunes mères psychotiques. Dans ce groupe pourraient être prises en charge des jeunes femmes psychotiques pendant leur grossesse puis dans leur début de maternité. Ce groupe devait travailler dans une optique pluridisciplinaire, comprenant des psychiatres d'enfants, des psychiatres d'adultes, des assistantes sociales, des infirmières de santé publique en particulier. Les activités de ce groupe vous sont décrites en détail par mon collègue, le Dr Manzano [1] et je me contenterai de soulever aujourd'hui deux ou trois points qui ont émergé de la pratique et de l'expérience de la prise en charge d'une trentaine de cas. L'enfant le plus âgé de ce groupe a maintenant six ans, tandis que l'enfant le plus jeune vient de naître ; il s'agit donc d'une étude catamnestique qui devrait se prolonger sur de nombreuses années, tenant compte de l'évolution clinique de la mère, du développement de l'enfant et enfin du devenir de la relation mère-enfant.

Dans cette trentaine de cas, les psychoses du post-partum au sens strict sont peu nombreuses, elles représentent 15 % de ces cas. Les autres cas concernent des femmes chez les-

quelles un diagnostic de psychose (de schizophrénie le plus souvent) a été posé avant la grossesse. Un certain nombre de ces jeunes femmes était suivi dans les institutions psychiatriques avant leur grossesse.

Nous nous sommes demandé, au cours de ces dernières années, ce que recouvraient ces décompensations psychotiques du post-partum et quelle était la manière la plus adéquate de les aborder dans une optique préventive. Prévention dans le cadre de la relation mère-enfant, mais aussi prévention pour l'enfant considéré comme un enfant à haut risque. Un point particulier a retenu notre attention, qui est le problème de l'infanticide. En effet, dans chacune des éclosions psychotiques de ces jeunes mères, a circulé le fantasme de l'infanticide, dont on ne peut exclure absolument la réalisation.

Diagnostic différentiel entre psychose du post-partum et schizophrénie aiguë

L'entité clinique de la psychose du post-partum est tout à fait classique, décrite dans tous les manuels de psychiatrie, français en particulier. Pour rappel, il s'agit donc d'un tableau psychotique très aigu, qui survient au décours d'un accouchement ou au début d'un retour de couches, chez une femme qui, la plupart du temps, n'a présenté de particularité ni dans sa personnalité ni dans sa manière de mener la grossesse. Soudain, cette femme se met à tenir des propos bizarres, inquiétants, et tout à fait incompréhensibles. Elle entre par moments dans des états de grande gaieté que rien ne vient motiver et qui met dans l'embarras son entourage, aussi bien à la maternité que plus tard à la maison. Brusquement, elle présente des attitudes de retrait, semble confuse. D'une manière globale, il n'est pas possible d'entrer en communication avec elle. Dans cette situation, l'enfant semble également avoir pour sa mère peu de réalité. C'est à ce moment que le psychiatre est appelé, le plus souvent à la maternité, éventuellement à la maison.

La tendance que l'on retrouve dans plusieurs pays à parler de schizophrénie pour ces psychoses du post-partum, suppose une véritable enquête anamnestique de type policier, qui mènerait à rechercher dans les antécédents de la patiente une schizophrénie larvée ou cryptique. A notre avis, cette recherche n'a pas de sens car on peut penser qu'une femme qui a su cacher une schizophrénie risque d'être capable par la suite de ne pas vivre comme une schizophrène ni surtout de devoir être traitée comme telle. Une recherche allemande

intéressante fait mention de tests de la personnalité (tests projectifs) entrepris chez des femmes ayant présenté une psychose du post-partum. Les auteurs relèvent qu'il s'agit, le plus souvent, de structures de caractères manifestées par leur rigidité et leur difficulté adaptative. Cette étude est intéressante, car elle permet de situer les décompensations psychotiques du post-partum dans le continuum des difficultés liées aux crises de vie maturative. C'est ainsi que nous comprenons les dépressions légères du post-partum, les dépressions graves ou les manifestations psychotiques, comme des réponses inadéquates au stress que représentent les changements d'état psychologique et les remaniements relationnels et sociaux amenés par l'enfant qui vient de naître.

Il s'agit d'un point de vue « optimiste », qui ne peut pas être défendu scientifiquement contre des points de vue plus « pessimistes », mais qui s'avère utile pour mettre sur pied et réaliser nos programmes d'action préventive. Ces modèles d'intervention sont donc centrés sur la compréhension de la décompensation psychotique du post-partum, comme un avatar dans le développement d'une étape maturative.

Problème de l'hospitalisation en milieu psychiatrique

Nous pensions, en 1976, que si notre groupe d'intervention pluridisciplinaire pouvait être rapidement mis en place, nous parviendrions à éviter l'hospitalisation en milieu psychiatrique. C'est un point auquel nous tenions beaucoup, car nous souhaitions éviter à tout prix une séparation précoce de la mère et de son enfant. Cependant, toutes ces jeunes femmes, à l'exception d'une seule, ont dû souvent assez rapidement passer par l'hôpital psychiatrique, à un moment où l'aspect dramatique des symptômes rendait leur séjour à la maternité ou à la maison intolérable. Pour certaines de ces jeunes femmes (et je pense en particulier à l'une d'entre elles, pour laquelle nous avons tenté une hospitalisation à domicile très intense), il a paru important de ne pas trop tarder avant de les adresser à l'hôpital psychiatrique. Pourquoi ? Pour éviter que ne soit trop compromise la situation par rapport aux voisins, par rapport au mari, par rapport aux familles d'origine. En effet, dans les phases aiguës, ces jeunes mères se montrent sous un jour tellement défavorable que nous pouvions craindre les traces durables de ces comportements dans la mémoire de l'entourage. Progressivement, nous nous sommes rendus compte que ces hospitalisations en milieu psychiatrique ne compromettaient pas la suite de .

la relation entre la mère et son enfant, pour autant qu'un certain nombre de conditions soit respecté. Par exemple, il n'était pas indispensable d'assurer une présence quantitative très importante de l'enfant à la clinique, dans des moments où la jeune mère n'était pas capable d'être psychologiquement présente. En revanche, dans les moments où elle souhaitait et demandait la présence de son enfant, il était important de le lui accorder, sans pour autant que l'équipe soignante hospitalière ne soit par trop angoissée ou désécurisée.

Il est important de souligner que la continuité de la relation mère-enfant n'implique donc pas de présence continue réelle et constante, qu'il n'y a pas là d'acte magique qui puisse susciter ou conserver cette relation de façon absolue. Si, d'un point de vue clinique, la psychose du post-partum est une affection aiguë, en fait, le développement de la relation mère-enfant qui fondera le développement de l'enfant va se dérouler de façon lente et progressive. A nouveau, il s'agirait de pensée magique à craindre que quelques jours de décompensation psychotique aiguë puissent de façon durable, voire définitive, handicaper le développement d'un enfant qui vient de naître.

Mécanismes de « coping »

Un autre concept, qui s'est révélé intéressant dans notre groupe de prise en charge, est celui des *mécanismes de « coping »* (faire face), utilisés souvent par les Anglo-Saxons. Ainsi, il s'est avéré utile de pouvoir considérer ces décompensations psychotiques comme des défauts des mécanismes de «coping», face à une situation particulièrement stressante, mobilisatrice et exigeante, telle que l'entrée dans la maternité. Cette manière de voir permet de trouver un langage commun, simple, facilement acceptable dans notre groupe de travail pluridisciplinaire. Il aide également à trouver une distance relationnelle et émotionnelle adéquate avec ces patientes, nous qui sommes toujours guettés par le trop-près ou le trop-loin, le trop-faire ou le pas-assez-faire.

Ces manifestations psychotiques aiguës nécessitant des soins en milieu hospitalier sont, il est classique de le répéter, de relativement brève durée, et de bon pronostic. Au décours de cette phase aiguë, se pose alors de façon plus réelle le problème du développement de la relation entre la mère et son enfant. Cette approche doit répondre à la question suivante : comment ces jeunes femmes, qui ont si mal réagi à la naissance de leur enfant, qui n'ont pas su faire face à leur nouvelle responsabilité, vont-elles être à même de

donner tous les soins que nécessite un enfant, tant sur le plan physique que psychologique ? Comment vont-elles devenir des mères « suffisamment bonnes » ? Parmi les situations qui se sont présentées à nous au cours de ces années, et qui concernaient des jeunes femmes très différentes, dans des situations de famille peu comparables, nous avons retrouvé une constance à chaque étape de ces prises en charge. Cette constance concerne les difficultés de ces jeunes mères face aux problèmes de la dépendance, qui sont mal négociés. Cette intolérance à la dépendance, nous l'avons retrouvée chez des jeunes femmes tout à fait délirantes, en pleine décompensation aiguë. Je pense en particulier à celle qui s'est installée dans un délire très floride, lors de son séjour à la maternité et qui accusait son enfant de tout savoir, de tout comprendre ; elle disait : « c'est un professeur qui me regarde ». Une autre jeune femme, qui fut suivie longtemps en Centre thérapeutique de jour avec son enfant, ne supportait pas que les thérapeutes ou les autres patients regardent son enfant, ou l'admirent. Tous les gestes adressés à son enfant étaient interprétés comme une critique dirigée contre elle-même, un reproche de ne pas faire assez. Pendant les entretiens thérapeutiques, alors que cette jeune femme avait son enfant dans les bras, il était indispensable, si l'on voulait entrer en confiance avec elle, de ne pas s'occuper de l'enfant, ni de s'occuper de la manière dont elle-même prenait soin de l'enfant. Elle tenait son enfant dans ses bras, de façon rigide, peu « maternelle » et disait : « ma fille a horreur d'être tenue, elle tient à son indépendance ». Il s'agissait donc d'une fillette de 6 mois. J'ai revu, il y a quelques jours, une jeune mère de notre étude et sa fillette, âgée de 2 ans. Cette fillette, qui avait été examinée par nos collègues pédopsychiatres, était considérée comme tout à fait normale, un peu avancée dans son développement comme la plupart des enfants de cette étude. Le problème de dépendance prenait cette fois l'allure de difficultés éducatives. La jeune mère montrait une grande difficulté à établir et à maintenir des rapports de « verticalité » avec son enfant. Elle et sa fillette paraissaient, dans leur mode relationnel, de la même génération. Elle lui prêtait des « intentions d'adulte », lui attribuait un « pouvoir » que bien évidemment elle n'avait pas, et se montrait incapable d'avoir une attitude à la fois ferme et contenante. Cette fillette est venue interférer une dizaine de fois dans notre entretien, et la mère, insensible à la demande de réassurance, s'est fâchée contre l'« impolitesse » de sa fille. Ces difficultés d'éducation témoignent, à mon sens, de la difficulté d'établir une relation de verticalité, et vont se retrouver tout au long de ces prises en charge. Il s'agit donc de problèmes qui débutent après résolution de la phase psychotique, et qui nécessitent une sorte de dispo-

nibilité pour un appui de type pédagogique, qui peut passer parfois par le biais d'une psychothérapie. Il s'agira de prendre en charge l'agressivité qui surgit chez ces jeunes mères chaque fois que l'enfant désobéit, ou se rebelle, et entre dans sa phase d'opposition. Chacune de ces manifestations d'autonomisation de l'enfant est ressentie par la mère comme un reproche, un refus, un défi, qui réactive le sentiment d'incompétence. La prise en charge, que l'on appellera soit psychothérapeutique soit pédagogique, consistera donc à augmenter le sentiment de compétence de ces jeunes femmes, et de leur donner au besoin les moyens éducatifs qui leur manquent, soit par des conseils, soit par des exemples.

Rôle du mari

Je voudrais citer un dernier point issu de l'expérience de ce groupe, et qui a trait à la situation familiale de ces jeunes mères. Une partie d'entre elles n'est pas mariée, n'a pas de relation stable avec un homme, et retrouve un statut d'enfant en retournant chez ses parents, tandis que l'éducation de l'enfant sera confiée entièrement ou en partie aux grands-parents. Un autre groupe de ces jeunes femmes, au moment de l'accouchement, est éloigné géographiquement de leur mère. Nous avons pu observer dans ces cas *le rôle particulier que prenait le mari,* dès les premiers moments de la décompensation psychotique. Ces pères se sont trouvés très fortement sollicités et ont répondu à ces sollicitations d'une manière qui nous a étonnés, dans le sens où ils réussissent pendant un certain temps à remplir toutes les fonctions qui leur sont imparties habituellement, plus celles d'une mère défaillante vis-à-vis d'un enfant, et encore celle d'un infirmier vis-à-vis d'une malade. Il travaille, s'occupe de l'enfant, s'occupe de la mère, et ce pendant une période pouvant durer parfois plusieurs semaines, sans manifester ni lassitude ni agressivité. Quel est donc le prix à payer pour tant de disponibilité ? Nous nous sommes rendus compte que ces pères font précisément tout ce que leur femme ne supporte pas que l'on fasse pour elle, c'est-à-dire qu'ils deviennent le rappel permanent de cette incompétence dont nous avons parlé plus haut. S'il est relativement facile pour les soignants de comprendre et de respecter les distances, il n'en va pas de même pour certains de ces pères, dont le dévouement sans limite ne peut pas être reconnu comme bénéfique. Il se forme une situation de compétition entre le père et la mère, compétition insidieuse, qui guette aussi les thérapeutes, mais dont ceux-ci sont informés. Dans certains couples, nous avons pu élaborer toute cette problématique de la rivalité, au travers d'une thérapie de couple [2] qui

nous a permis de voir combien ces pères « maternels » offrent une grande disponibilité à leur femme lorsqu'elle est dépressive et anxieuse, mais la disqualifient rapidement lorsque celle-ci souhaite être reconnue non comme malade mais comme individu autonome, comme femme, comme mère compétente.

La possibilité d'accompagner ces jeunes femmes, leurs enfants et leur entourage au-delà de la résolution d'une crise, au-delà d'un épisode psychopathologique aigu, permet de cerner les liens extrêmement enchevêtrés entre le normal et le pathologique, entre la crise développementale et la décompensation psychiatrique, entre l'accompagnement et les soins.

Références

1. Manzano J, Lalive J. Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de préventior primaire et secondaire. Information Psychiatrique, 1983 ; 59 : 671-85.
2. Lalive J, Manzano J. Au-delà de la psychose du post-partum : le couple en question. Information psychiatrique 1982 ; 5 : 633-45.

III. Autour de la naissance

Présence du père à la naissance

B. Fonty
et Monique Bydlowski

Il fut un temps où la présence du père à l'accouchement était manifestement rejetée. En un passé fort proche, les femmes devaient lutter pour qu'il soit accepté. Aujourd'hui, dans de nombreux établissements, la présence paternelle est autorisée ; dans les faits, elle est plus tolérée que véritablement admise. Ailleurs, cette présence va de soi, et sera même parfois prescrite sinon ordonnée. En tout cas, chacun des participants questionne sur son absence ou sa présence à la naissance. Si aucune entrave, aucune réticence n'est émise à sa présence, le père doit pouvoir éprouver à la naissance plaisir et émotion ; il devrait aussi avoir la possibilité de s'exclure de la scène.

Rappel historique

La présence de l'homme aux accouchements, qu'il s'agisse du père ou de l'homme médecin est un phénomène récent. Jusqu'à l'époque classique, l'accouchement se joue exclusivement entre femmes.

L'apparition du médecin obstétricien ne date que du début du XVIIe siècle ; sa présence coïncide avec l'investissement des phénomènes de la naissance en tant qu'objet d'intérêt médical. L'histoire de cette innovation est marquée d'anecdotes.

Ainsi, à Hambourg, un chirurgien, le Dr Wertt, convaincu d'avoir, déguisé en matrone, assisté à un accouchement dystocique, est condamné à mort et exécuté en 1522.

A Paris, l'ouvrage d'Ambroise Paré « De la génération de l'homme et de la manière d'extraire les enfants du ventre de leur mère » daté de 1573, fait scandale en raison du sujet qu'il traite et est mis un certain temps à l'index par la Faculté de Médecine. En Angleterre, une sage-femme célèbre, Miss Willughby, en 1665, appelle à l'aide un chirurgien au cours d'un accouchement difficile. Elle procède, dit l'historien « toutes lumières éteintes, l'homme introduit à quatre pattes dans la ruelle du lit ; elle-même laissant croire à l'accouchée que ce sont ses propres mains qui opèrent ».

Un précis d'accouchement, publié en Hollande en 1681 et dû à Samuel Janson, nous en apprend davantage sur la nature de l'interdit qui paraît frapper la présence de l'homme au moment de l'accouchement. Il comporte une gravure décrivant les positions respectives à adopter pour réaliser un bon accouchement : l'obstétricien est assis face à la parturiente, mais un drap est tendu du col du médecin à la taille de la patiente. Toutes les manœuvres se font à l'abri de ce drap et donc à l'abri total du regard de l'homme médecin. Tout se passe comme s'il existait un interdit portant donc, plus spécifiquement, sur le regard masculin.

Durant le XVIIe siècle, la naissance devient progressivement objet d'intérêt médical et la présence d'hommes médecins aux accouchements se généralise. On peut repérer ce phénomène au travers des récits des accouchements célèbres, ceux qui sont passés dans l'histoire.

Pourtant, ce changement de mœurs ne se fait pas sans heurts. En 1708, le Dr Hecquet, futur doyen de la Faculté de Médecine de Paris, tente sans succès de s'élever contre ces pratiques nouvelles, mais son plaidoyer véhément « De l'indécence aux hommes d'accoucher les femmes... », s'il fait grand bruit, ne convainc personne. Le pas est franchi, l'accouchement est devenu objet médical, objet du regard masculin. Il n'y aura pas de retour en arrière ; il n'y aura plus que des aménagements avec l'interdit.

La présence de l'homme accoucheur est progressivement demandée sinon tolérée. Toutefois, il n'intervient (comme dans nos maternités hospitalières modernes) qu'en présence de cas pathologiques, l'accouchement simple restant fondamentalement l'affaire des sages-femmes. Autrement dit, l'homme ne s'autorise à assister aux accouchements qu'en mettant en avant son savoir médical, sa vocation réparatrice à base scientifique.

Si, pour l'homme-médecin, la pulsion de voir et de savoir peut être sublimée dans sa vocation obstétricale, pour l'homme-père le parcours est plus complexe, sinon plus

traumatisant. En l'absence de sublimation, cette transgression de l'interdit du regard ne va pas sans risque.

Après la deuxième guerre mondiale, le père de l'enfant à naître est admis en salle de travail. Grâce à l'avènement de la méthode psycho-prophylactique, de plus en plus de maternités demandent, conseillent ou tolèrent une certaine présence du futur père à la préparation et à l'accouchement. Toutefois, la place à laisser au père reste sujet à dissensions.

Dans certaines maternités, le père est encore refoulé comme risquant d'apporter des complications ou de l'infection. Dans d'autres, il est admis « sous conditions » comme dans une maternité de la proche banlieue, il signe un papier déchargeant la responsabilité de l'hôpital et s'engage à obéir à la sage-femme en restant assis sur une chaise qu'il ne doit pas quitter. Ailleurs, la participation aux séances de l'accouchement sans douleur fonctionne pour les futurs pères comme un passeport qui leur ouvre le droit d'assister à la naissance de leur enfant. Il est enfin d'autres maternités où la présence du père est devenue quasi-obligatoire. L'exclusion se retourne en son contraire et le couple est très mal considéré si le père refuse d'assister à l'accouchement.

En fait, l'ambivalence du personnel médical paraît la règle : le même personnage (accoucheur ou sage-femme) peut avertir la future mère que la participation du père est souhaitée et trouver une multitude de bonnes raisons, avec la meilleure volonté qui soit, pour entraver cette participation. Tous voudraient bien que le père participe mais ces pères-là sont trop anxieux, gauches, encombrants, autoritaires... Dans cette ambivalence, le personnel médical semble se comporter comme un « père ». Le médecin tend à exclure le père réel en tant que « rival médiocre » par rapport au « père idéal » qu'il représenterait auprès de la femme qui accouche.

Clinique

De notre place d'accoucheur, nous observons certains comportements chez ce père réel introduit en salle de travail. Les différents comportements observés dépendent de nombreux facteurs et plus particulièrement de la place que le

père s'autorise à prendre dans cet événement, du rôle que la femme lui demande d'assumer, de la place qui lui est octroyée par l'accoucheur.

Certains pères résistent à la pression ambiante et évitent d'assister à cet événement. Les rationalisations proposées sont variées : obligations professionnelles, habituel malaise devant la moindre trace de sang, peur de gêner sa compagne dans son intimité. Bref, cet homme ne saurait transgresser l'interdit du regard sur le sexe de sa femme qui accouche. Si certaines femmes tolèrent mal cette absence, il en est d'autres qui vont abonder en ce sens ; elles protègent leur mari d'une vision qu'elles jugent douloureuse, sanglante, sale ; elles craignent pour la sexualité de leur homme. Ces arguments sont volontiers repris par le corps médical. Ce n'est plus au nom de l'asepsie que la présence du père est bannie : l'argumentation prend plus de nuances, sinon plus de détours. Si la sensiblerie de ce père est encore évoquée (« nous n'avons pas le temps de nous occuper de lui s'il perd connaissance »), c'est surtout le possible traumatisme psycho-sexuel qui est souligné et s'il rencontre le moindre écho chez ce couple, il permettra de justifier l'exclusion du père.

A l'inverse, d'autres pères insistent pour être là et vont participer sur un mode hystérique à la grossesse et à l'accouchement. Durant l'accouchement, ces hommes s'identifient à celle qui accouche ; avec elle ils respirent, poussent, ont des crampes voire s'alitent. Beaucoup trouveront une alliance dans ce comportement tant chez leur femme que chez l'accoucheur. Paniquée, telle femme se retourne sans cesse vers ce père pour se réassurer ; elle en appelle à lui pour décrire et évaluer le rythme de ses contractions. Quant à l'accoucheur, c'est volontiers qu'il demandera à ce mari de minuter les contractions, d'aider à la régularisation du rythme d'une perfusion, de soutenir les efforts de poussée de sa femme... Bref, les acteurs de la naissance demandent à ce père une participation active, participation à laquelle il serait malvenu de ne pas se plier.

Il est d'autres pères qui, tout en étant présents, vont démontrer par leur attitude qu'ils fuient cet événement. Ainsi, certains vont masquer cet acte de chair derrière toute une série de gadgets. Le réglage d'un magnétophone, la prise de photo viennent faire écran à une vision qui leur est insoutenable. L'œil rivé derrière sa caméra évite au père un regard trop cru sur quelque chose d'intolérable. La femme est parfois satisfaite de cette situation. Son mari est convoqué à la naissance en tant que spectateur qui pourra témoi-

gner de la puissance de son corps donnant la vie ; elle le veut spectateur admiratif de la maternité victorieuse. Quant à l'accoucheur, il se satisfait de ce rôle assigné au père, rôle qui ne risque pas de perturber la relation de ceux qui travaillent : lui et la femme. Qui plus est, l'accoucheur aura fait revêtir au mari un costume venant renforcer l'inadéquation de sa place : empêtré dans ses bottes, suant sous son bonnet et derrière son masque, ses mains occupées à maintenir sa casaque, le mari est dans l'incapacité de participer plus avant à la naissance de son enfant.

Il est d'autres pères qui adoptent une attitude maternelle. Ces pères assurent volontiers des massages de tous ordres. Ils savent trouver les gestes et les paroles ramenant la détente. Ce même père, devant sa compagne qui a soif, connaît la nécessité absolue de ne pas boire ; il humecte les lèvres avec un mouchoir humide ou vaporise un nuage d'eau sur son visage. Il parle de cette soif et tente de la comprendre. Il sait rester à l'écoute. Pendant la contraction, il pratique volontiers certains massages lombaires. Il n'impose pas ces gestes mais répond à la demande de sa compagne. Ce même père sait aussi rester passif, supportant l'éventuelle douleur de l'autre. Il a assisté à la préparation et connaît les différentes techniques proposées ; il sait qu'elles ont un certain pouvoir d'indolorisation. Il les connaît mais ne les mythifie pas. Il ne saurait reprocher à sa compagne leur inefficacité et lui imputer un manque de technique. Bref, il sait accepter la souffrance de sa compagne. A l'inverse, il arrive que la femme soit encombrée d'un compagnon dominateur. Ce dernier, alors, lui dicte une conduite afin d'éviter une douleur que lui-même ne supporte pas. Voilà bien des comportements qui ressemblent à ce que cette femme avait l'habitude de rencontrer chez sa propre mère.

Toujours, dans la même attitude, ce même père aide sa compagne en lui soulevant la nuque lors des efforts expulsifs. Ensemble, elle et lui, regardent l'enfant qui progresse. De fait, en restant au chevet de sa femme, le père évite le spectacle de la naissance.

Ce compagnon sait aussi être protection pour cette femme. Il nous rappelle à l'ordre dans nos investigations, il critique notre expectative ou notre activisme.

Dans la règle, la femme est satisfaite du rôle de « bonne mère » pris par le père. La mère réelle étant le plus souvent absente, la femme demande à son objet privilégié actuel, en règle son mari, de remplir cette fonction maternelle ; c'est même une « mère idéale » qu'elle va rechercher pour y puiser son identification, comme mère idéale elle-même du bébé qui va naître. Elle demande alors à son mari d'être celle

qui câline, à qui l'on se confie, celle en qui on peut tout déposer, les joies les plus intenses comme les terreurs les plus indicibles que seul le regard peut communiquer. Elle demande à son compagnon de calmer son angoisse de n'être pas assez bonne, voire d'être dangereuse, pour leur enfant. C'est donc au titre d'équivalent maternel, plus qu'au titre de père de l'enfant, qu'elle souhaite voir son mari à ses côtés pour la naissance.

Quant à l'accoucheur, il ne peut que se satisfaire de cette relation. Ce père identifié à une bonne mère vient faire un excellent auxiliaire ; une aide-soignante supplémentaire s'ajoute à l'équipe !

Enfin, il est des pères qui n'ont pas su ou pas pu refuser la pression ambiante, leur intimant l'ordre de leur nécessaire présence. Mal à l'aise, ils ne savent trouver leur place en ce lieu. Certains pères oseront encore sortir pour aller griller une cigarette, d'autres n'ont que la ressource du malaise pour éviter ce spectacle. Ainsi, de tels pères auront recours à toutes sortes de défenses névrotiques pour faire face, à leur façon à eux, au traumatisme que cette naissance représente pour eux. Il y a même parfois des décompensations de mode psychotique.

Sur le plan théorique

Freud dans « Moïse et le monothéisme » déclarait que : « Par opposition à la maternité qui est une expérience sensorielle, la paternité résulte d'un processus de pensée ». La paternité est une opération mentale. Son acquisition est indépendante du processus de la naissance. La paternité dans sa reconnaissance est assurée chez l'homme par un autre biais que son propre corps, contrairement à la femme. Le corps de l'homme n'est pas venu faire le lit biologique à la réalisation de son enfant. La parole est nécessaire à l'homme et non son corps comme en témoigne la vocation paternelle de père d'enfants issus d'insémination artificielle avec sperme de donneur. Ainsi, l'accès à la paternité nécessite le processus de l'adoption par le père de son propre enfant. Dans la Rome antique, après la naissance, l'enfant était déposé par terre devant le père et celui-ci le reconnaissait en l'élevant au-dessus du sol, c'était une seconde naissance, une naissance non biologique, comparable à l'adoption. L'adoption était d'ailleurs fréquente dans la société romaine aristocratique. Cette adoption peut commencer dès avant la naissance ; par exemple, par le choix d'un prénom et plus particulièrement d'un prénom masculin. Dans un système patriarcal, la naissance d'un mâle assure au père de faire partie de la lignée des mâles.

Après la naissance, il est différentes manifestations qui traduisent l'accès à la paternité par le nécessaire processus de l'adoption. Récemment, en France, la date et l'heure de la naissance de l'enfant étaient celles de son inscription par son père à l'Etat-Civil. Les facilités actuelles tendent à enlever au père cette fonction symbolique.

Pendant la naissance, l'accoucheur peut aider le père à adopter son enfant en favorisant l'éclosion d'une certaine ambiance, en redonnant au sensoriel toute sa place. Toutefois là encore, la reconnaissance de l'enfant est bien différente chez l'homme et chez la femme. Ainsi la reconnaissance du sexe se fait de façon bien différente lorsque je dépose l'enfant sur le ventre de sa mère (enfant que j'ai pour habitude de recouvrir d'un linge). La femme ira à la recherche du sexe par le toucher : ce sont les caresses qu'elle délivre à son bébé qui lui permettent le plus souvent de découvrir le sexe de l'enfant. A l'inverse, l'homme a recours au regard ; il éprouve le besoin de soulever ce linge pour vérifier le sexe de son enfant. Cet exemple démontre pour nous, une fois de plus, que la paternité se fait par une opération mentale : l'observation. Au contraire, la maternité est dans le registre du corps et des sens : le toucher.

Il est d'autres pratiques qui peuvent aider le père à l'adoption de son enfant. Après avoir encouragé le regard, c'est la parole du père qui est encouragée. On sait que l'enfant est sensible aux sons graves et c'est volontiers qu'il se retournera vers la voix du père. Ce sont alors les pères qui ont la sensation d'être reconnus par leur enfant !

Le toucher, lui aussi, est encouragé. Devant ce nouveau-né, appréhendé comme gluant, sanguinolent, sale et vécu comme fragile, les mains de l'accoucheur tentent de montrer au père qu'il y a plaisir au toucher, qu'il n'y a aucun risque à casser cet enfant, que les mains du père peuvent rassurer l'enfant en des pressions douces, analogues aux pressions utérines. Toutefois, le dégoût du père devrait dans le même temps pouvoir être respecté ; cet enfant poisseux, gluant, recouvert de sébum est aussi enduit des sécrétions de la mère et plus particulièrement des sécrétions du sexe de la mère. Il y a des répugnances, des résistances qu'il n'y a pas lieu de bousculer.

Tous ces éléments (regard, parole, toucher) vont se retrouver dans la pratique du bain en salle de naissance. Ce bain donne la possibilité à tous et plus particulièrement au père, de prendre son temps. Le bain donné par les mains du père autorise ce dernier à regarder, parler, toucher son enfant. Chair contre chair, il « apprend » son enfant, le découvre réellement, l'intègre à ses fantasmes. Cette appropria-

tion du nourrisson semble fascinante : le père s'exclut de tout autre rapport (si on ne le retient pas dès la fin du bain, il a tendance à sortir avec son enfant de la salle de travail). Lui qui était si attentif à sa compagne, l'ignore brutalement pour s'isoler avec son enfant : tous ses sens sont maintenant dirigés vers ce nourrisson. Ses yeux sont constamment dirigés vers lui et s'il s'adresse à sa compagne pour faire quelque commentaire, il ne détourne pas son regard de l'enfant. Ce père, qui restait à l'écoute de sa compagne, ne parle plus qu'à son enfant. Il n'arrête pas : « tu te détends, tu ressembles à qui, tu bailles... ». Ce père ne considère plus cet enfant comme un objet soumis au regard commun de sa compagne et de lui-même mais comme un sujet avec lequel il converse seul. Le bain permet encore au père d'appréhender son enfant par le toucher et lève pour une part l'obscénité des sécrétions maternelles qui enduisent le corps de l'enfant. D'ailleurs, certains pères vont laver leur enfant plus que le baigner ; par des gestes méticuleux, ils vont débarrasser cet enfant des différentes sécrétions qui l'enduisent. Il s'agit là de rendre propre cet enfant, plus que d'assurer son confort et sa détente. Les caresses de Leboyer nous paraissent bien loin.

Ce bain permet au père de s'approprier l'enfant, d'assurer le processus de l'adoption, de la même manière que le praticien de Rome qui soulevait son enfant de terre. Bref, en cette pratique du bain, le père se désigne comme le père. En cette situation, la mère demeure passive, triste même. Seule, exclue de cette relation, elle contemple son mari à l'œuvre avec l'enfant. Elle prend un peu plus conscience que son enfant ne lui appartient pas exclusivement. Toutefois, elle se rebiffe et les conseils sinon les injonctions affluent : « attention à sa tête, tu ne vas pas le noyer, ne le lâche pas... ».

Ce bain est enfin une présentation sociale. Ainsi les participants à la naissance et plus particulièrement le personnel soignant prennent le temps de regarder cet enfant comme un sujet et non plus comme un objet. La mère est encore plus isolée. Tous les regards jusque-là dirigés vers elle se portent maintenant sur cet enfant. En ce sens, la pratique du bain nous paraît plus symbolique que la section du cordon par les mains du père.

Toutefois, pour les hommes aux défenses psychiques fragiles, le spectacle de l'accouchement est une expérience violente et traumatique. L'interdit des accoucheurs était certainement plus facile à vivre pour ces pères. En effet, durant leur présence à l'accouchement, les pères sont confrontés à plusieurs problématiques :

- impuissance devant ce corps de souffrance et de jouissance,

- culpabilité de la douleur imposée à leur femme pour satisfaire leur désir de paternité,

- reviviscence de leur propre naissance avec deux corollaires :

  – peur d'abîmer la mère,

  – peur d'être abîmé lui-même.

Le vécu du forceps par ces pères nous apparaît comme paroxystique de cette ambivalence. Malgré une pratique de la « Naissance sans violence » il arrive que le forceps s'impose. Ce sont en règle les pères qui refusent l'utilisation du forceps. A l'inverse, la femme peut réclamer cette assistance qu'elle vit non pas comme élément traumatisant, mais comme élément de soulagement, de délivrance. Pourtant à ce moment très aigu, nombreux sont les pères qui exhortent, parfois avec véhémence, leur compagne à faire enfin un effort.

La violence avec laquelle les pères s'opposent au forceps m'étonne et m'émeut chaque fois. Certains vont jusqu'à m'arracher les cuillères des mains, alors que leur compagne demande assistance, aide et soulagement. C'est pourtant ce même père qui, durant la grossesse, s'est attendri, sinon apitoyé devant les modifications corporelles de sa compagne, qui durant le travail a découvert avec stupeur, effroi même, la violence voire la douleur des contractions utérines ; c'est toujours le même qui voulait tant l'aider, lui porter secours. L'utilisation du forceps vient certainement réveiller chez lui une problématique enfouie mais d'importance. Ne revit-il pas sa propre naissance ? Ne s'identifie-t-il pas à l'enfant qui souffre dans la filière génitale de sa propre mère ? Qui plus est, il est brutalement confronté à la blessure sexuelle que l'enfant va marquer. Bien des pères me demandent alors une césarienne : ils tentent d'échapper à cette vision intolérable que représente l'enfant qui souffre et qui blesse tout à la fois. Il tente d'échapper à la représentation que cela pourrait être lui. L'accoucheur n'est qu'un homme ; lui aussi est confronté à cette problématique : il risque de tomber dans le piège. Voilà peut-être une des raisons de l'augmentation de la fréquence des césariennes dans notre civilisation.

En dehors de cet exemple paroxystique, bien des indications de césariennes sont sans doute portées devant cette angoisse profonde. Tout le monde s'en trouve satisfait sinon la femme. Le sexe en sort intact ; la naissance sans violence a

été respectée : le médecin a accompli sa tâche. On se retrouve devant la Vierge Marie et, pour peu que cette naissance suive une fécondation in vitro, devant l'Immaculée Conception.

Cela nous conduit à évoquer les fantasmes de l'accoucheur, cet autre homme présent à l'accouchement. Cet accoucheur participe, sinon s'identifie à la toute puissance maternelle. De façon répétée, répétitive (sinon compulsionnelle), cet accoucheur vérifie le fantasme selon lequel la mère possède le phallus de la toute puissance, dans le même temps, il s'assure qu'elle peut le perdre. Qui plus est, il provoque cette perte, armé de ciseaux. Un exemple nous en paraît démonstratif lors d'une intervention pour prolapsus par voie basse, après extériorisation du col hors de la vulve, le premier temps opératoire consiste en l'incision de Crossen (incision circulaire sur le col utérin qui permettra par la suite d'assurer le décollement de la vessie et du rectum). Dans de nombreux traités chirurgicaux, le temps opératoire est décrit comme la « pénisation » du col utérin. Ainsi on donne une réalité chirurgicale au fantasme du pénis maternel avant d'en pratiquer l'ablation. Les temps opératoires suivants ne seront que la reconstruction anatomique, la réparation du sexe féminin de façon aussi exacte que possible. Cela permet à l'homme-accoucheur de satisfaire sa vocation réparatrice ; autrement dit son savoir-faire médical lui permet, l'autorise à participer à la réalisation d'un pénis maternel puis à son ablation. Cet homme se place en position, à la fois de déni et de reconnaissance de la castration féminine.

Dans l'accouchement, et plus particulièrement lors de la phase expulsive, on peut décrire le même phénomène. La tête vient progressivement distendre le périnée tandis que cette tête se porte progressivement en avant dans un mouvement de déflexion et de rotation autour de la symphyse pubienne. On parle de l'ampliation du périnée. L'ampliation c'est l'action de développer, de compléter quelque chose... L'homme et plus particulièrement l'accoucheur se trouve en cet instant confronté à sa problématique comme le petit garçon face au phallus maternel qu'il imagine. L'épisiotomie vient abréger ce temps de l'ampliation. L'épisiotomie permet au visage de l'enfant d'apparaître plus vite et ainsi de remettre les choses à leur place : il s'agit de la naissance d'un enfant. Ainsi l'épisiotomie, en raccourcissant le temps de l'ampliation, en permettant l'éclosion du visage de l'enfant, vient dédramatiser, sinon annuler cette ampleur du sexe maternel. Bien des maris nous demanderont un tel geste pour abréger cette situation intolérable et bien des

accoucheurs feront une épisiotomie facilement sous couvert de rationalisations diverses.

Cette vision fantasmatique du phallus maternel se retrouve au maximum dans l'accouchement par le siège et plus particulièrement l'accouchement en siège décomplété lorsque l'on pratique la technique dite de Vermelin. L'accoucheur reste dans une attitude d'expectative lors des efforts expulsifs de la femme : les fesses et le corps de l'enfant pointent progressivement et font une saillie de 20 cm. Chacun s'accorde pour indiquer que l'attitude la plus sage consiste à ne rien faire, et surtout à ne pas mettre les mains : pourtant rares sont ceux qui savent résister à la tentation d'extraire au plus vite cet enfant. Voilà bien une situation, une vision intolérable. N'est-ce pas là une des explications à la pratique si fréquente des césariennes devant une présentation du siège.

Quel que soit le mode de réaction du père face à la scène de la naissance, il est confronté au désir, profondément enfoui en lui depuis sa plus tendre enfance, celui de contempler les organes génitaux de sa mère et d'élucider le mystère de sa propre naissance.

Le spectacle d'un accouchement exerce une fascination tant sur les femmes que sur les hommes ; mais toute femme assistant à un accouchement pré-active ou ré-active le sien propre, passé ou à venir ; elle le sent dans son corps, tandis que l'homme se trouve vraiment mis dans la position de spectateur sinon de voyeur.

Le père est donc convié au spectacle interdit et fascinant de sa propre mère accouchant. La question que l'homme pose à sa femme qui accouche pourrait se traduire par « qu'ai-je fait à ma mère quand elle m'a porté et quand je suis né, que lui ai-je fait sentir, qu'étais-je pour elle ? » Il apprend sur lui-même par son enfant, sur sa mère par sa femme : l'enfant naissant ne leur fait sans doute pas que du bien mais leur « fait » fortement.

De plus, il se trouve exactement dans la situation dans laquelle il a mis son père lorsqu'il est né, la même qu'il a subie ensuite rageusement de la part du même père : l'exclusion d'une possession physique de la mère. Devenir père c'est faire grand-père son propre père, c'est envisager la mort du père mais aussi sa propre mort. Un bébé qui naît, c'est le point où convergent passé et avenir... Mais le père à qui l'on demande d'être présent à la naissance de son enfant assiste d'une certaine façon à sa propre mort ; rien d'étonnant à ce

qu'il s'évanouisse ; on comprend mieux qu'un consensus se soit établi dans de nombreuses cultures pour l'exclure au plan réel de cette épreuve que représente nécessairement l'accouchement.

Le spectacle de l'accouchement vu par un homme comporte une part d'insupportable : la vision frappée d'interdit du sexe maternel et l'irréalisable enfantement. Aussi marqué d'identification féminine soit-il, l'homme ne peut que rester muet devant cette vision : l'accouchement reste l'impossible de son anatomie masculine.

Avec l'équipe soignante, la mère et la naissance

Cl. H. Camus
Françoise Cahen

« Les désirs de l'enfant culminent dans ce dessein : mettre au monde un autre enfant, ou — d'une manière indéterminable — l'engendrer » [1].

La naissance est un phénomène physiologique. La naissance est aussi un signe déposé en nous, psychologiquement inconscient, permanent, en veilleuse, préposé.

Le cadre de notre travail est un hôpital général dépendant de l'Assistance Publique, construit entre 1960 et 1970 sur le plateau d'une des banlieues qui dominent Paris (1) ; plus précisément, au sein de cet ensemble, un service hospitalo-universitaire, d'une importance conforme aux standards actuels (2). L'appellation coutumière de « Maternité » ne définit qu'incomplètement ce genre de service qui, par les activités de ses différents secteurs, a pour vocation large l'assistance médicale à toute la physiologie sexuelle de la femme (3).

Ici, des équipes de haute compétence, assurées de moyens techniques affinés (4), tentent quotidiennement de sous-

(1) Hôpital Antoine-Béclère à Clamart 92141

(2) 2 400 naissances par an y ont lieu.

(3) La gynécologie est une part importante de l'activité du service tant en hospitalisation (34 lits) qu'en consultation :
A titre indicatif :
- 66 lits sont répartis entre les grossesses à haut risque, les urgences en pré-partum, le post-partum ;
- la pédiatrie des nouveau-nés, qui concerne ce dernier secteur, dit « des suites de couches », dispose d'une unité de soins intensifs avec 10 incubateurs.

(4) La fécondation in vitro est une activité de pointe du service.

traire à la nécessité biologique cette part de hasard qui peut frapper de malchance la destinée d'une femme ou celle de son enfant.

Dans ce parcours protégé où il est question de naissance physique et de bébé réel, peut surgir chez la femme, particulièrement dans la période périnatale, un sentiment de mal être, parfois accompagné de troubles corporels (5) non réductibles à une explication d'ordre somatique. On peut alors souvent constater, à entendre la femme, que ce dont elle souffre, c'est de la naissance, avec ce qu'un tel signe peut recéler de réminiscences sourdes ; que, du point de vue psychique, il en est de ce désordre irruptif comme de l'activité volcanique : ce qui s'en manifeste peut témoigner d'un bouleversement profond.

Ce point de vue a d'emblée été pris en compte par le chef de service (6), dont la sensibilité et les options sont telles que, dès le début il a choisi de travailler avec des collaborateurs de formation psychanalytique (7), venus successivement d'horizons différents. Certains d'entre eux sont arrivés là en suivant le fil conducteur d'une mission de recherche (8) ; d'autres, avec le vœu prévalent de participer à un travail clinique varié (9), pour lequel il est donné, aux uns comme aux autres, occasions d'intervenir.

Le point de départ de ces interventions, quelles que soient les circonstances, est un appel, tantôt verbal, tantôt écrit, de soignants de l'un ou l'autre des secteurs. Il nous revient alors de moduler notre travail selon le désir et la disponibilité de ces soignants.

Quelles que soient la variété de ces deux facteurs et la variation des situations, notre activité relève toujours au moins d'une des deux catégories suivantes :

– ou bien nous allons directement au chevet de la patiente avec qui nous aurons un, ou plusieurs entretiens, d'un genre que nous évoquerons plus loin ;

---

(5) Les principaux relèvent de trois grands types :
- ceux qui entraînent une menace d'accouchement prématuré ; ce sont les plus dangereux,
- ceux qui concernent des difficultés d'accouchements qu'aucune raison de mécanique obstétricale ne peut expliquer,
- ceux qui concernent des difficultés apparentées à l'établissement de l'allaitement.

(6) Professeur agrégé Emile Papiernik.

(7) La première d'entre eux a été Mme Monique Bydlowski, dès l'ouverture du service en 1973.

(8) La majorité d'entre eux étant regroupés dans l'Unité de Recherche U. 187 INSERM.

(9) Ce fut le cas pour les auteurs de ces lignes.

– ou bien c'est seulement avec les soignants qu'ont lieu ces entretiens ; c'est ce qui se passe lorsque les soignants ne se sentent plus complètement assurés de pouvoir assumer le rôle d'étai psychologique que leur fonction réclame et si, en même temps, la femme qui pose problème suscite en eux le désir d'assumer ce rôle.

C'est cette deuxième sorte d'activité, où nos interventions ne s'adressent pas directement aux patientes, que nous allons développer d'abord.

Interventions indirectes

Par exemple, alors que nous arrivons dans le secteur des suites de couches, c'est un groupe de puéricultrices avec la sage-femme et le pédiatre, qui nous accueille :

> *« Il s'agit de Mme Paul. Cette femme a un air triste, parfois abruti, son bébé paraît triste aussi. Il fait un drôle d'effet. On ne sait pas si elle veut mettre l'enfant au sein. On ne sait pas si on doit lui laisser mettre l'enfant au sein ; elle est bourrée de médicaments. On passe, elle est là comme çà, elle ne nous regarde pas, elle ne dit rien. On ne sait pas quoi lui dire ».*

On peut entrevoir, en un tel cas, comment les soignants de l'équipe, psychologiquement bien placés pour jouer auprès des patientes un rôle de soutien et de guide, sont exposés à se ressentir objets de sentiments inadéquats ou engagés dans des modalités relationnelles insatisfaisantes ou torses.

Notre première tâche est de les entendre parler un peu longuement, s'ils le souhaitent.

Au cours de la discussion dont Mme Paul sera l'objet, le tableau évoqué par l'équipe va changer de nuances. Il apparaîtra d'abord que le bébé ne va pas si mal ; puis qu'il se porte bien ; c'est un beau bébé. Mme Paul est taciturne ? Oui : mais on a connu pire. Elle n'est pas inquiétante, mais, ce qui peut être différent, inquiète sans aucun doute ; surtout lorsque son mari est dans le Service ; il y est souvent. La figure de cet homme va se dégager d'une manière dominante, du fait d'une irritation devenue çà et là manifeste dans les commentaires. Il s'avère que M. Paul, puisant une compétence de sa situation professionnelle, para-médicale, se fait prescripteur de médicaments pour sa femme. Du coup, Mme Paul va faire figure de victime, jusqu'au moment où sa manière d'être pourra être comprise comme une attitude à laquelle elle s'oblige, d'auto-contention, plausiblement protectrice du besoin de prestance indispensable à l'équilibre de

son mari. Avec l'hypothèse d'une « fragilité » de ce dernier, nommément évoquée par nous, se dissipera l'irritation anxieuse qui régnait chez les soignants.

Dans des moments comme ceux-ci, certains aspects des enjeux affectifs de la situation discutée apparaissent aux soignants sous un jour véridique et crédible. Au sentiment désagréable d'être pris dans des relations confuses peut se substituer alors, pour les membres de l'équipe, la satisfaction narcissique de comprendre. Ils peuvent, dès lors, revenir à une position médiate, suffisamment distanciée.

Plus fréquemment, le trouble incriminé ne concerne pas un groupe, mais affecte un seul des soignants. Cela peut arriver lorsque l'inquiétude de cette personne provient de difficultés connexes à sa responsabilité médicale proprement dite :

Une sage-femme, Nicole, nous dit comment, quoi qu'il lui en coûte, elle accompagne une diabétique dans sa grossesse, affectée d'un « haut risque » que cette femme affiche de vouloir ignorer, et comment elle ressent le côté factice de ses efforts. En racontant le débat qu'elle soutient avec cette femme, Nicole fera plus justement la part de ce dont elle souffre : il s'agit, au fond, du débat que cette future mère soutient avec son bébé imaginaire [2], et dont elle est exclue. Nicole pourra ainsi retrouver une partie de ce dont elle jouit : l'utilité, qu'elle ressent profondément, de son propre rôle, et dont l'enjeu est le bébé réel, actuellement menacé.

Le fait qu'un soignant isolé soit devenu le dépositaire privilégié de questions privées qui excèdent largement le domaine médical peut aussi être, en soi, source de problèmes.

Par exemple, Simone, conseillère conjugale, vient nous dire :

> *« Je suis embêtée avec Mme Pierre ; depuis son passage ici, elle m'écrit sans cesse. Elle dit qu'elle voudrait me revoir. Elle me demande quand. Elle demande que je lui réponde ; de toutes façons, elle doit revenir consulter mais... ; est-ce que je dois lui répondre ? Je ne sais pas quoi faire ».*

En racontant ses entrevues avec Mme Pierre, Simone réalisera peu à peu que, si Mme Pierre semble vraiment la ressentir comme une mère, elle, Simone, *n'est pas* la mère de Mme Pierre, ni même ne souhaite jouer, finalement, le rôle de cette mère, si bien que le malaise de Simone disparaît à mesure que lui apparaissent les traits caricaturaux de cette fiction idéalisée.

Une variante de ce dernier type peut se produire lorsque, sans avoir le sentiment d'être vraiment dans une difficulté relationnelle, le soignant éprouve une légère inquiétude que pourrait résumer cette question : « Est-ce que je sors de mon rôle ? » C'est ainsi qu'une infirmière nous parle des hésitations qu'une jeune femme, mère d'un enfant trisomique, lui confie en des apartés pathétiques : possibilité d'éprouver sa propre parole qui aidera cette mère à franchir son désarroi et à prendre un parti ; en l'occurrence celui de ne pas se priver d'aimer cet enfant.

Si nous avons perçu correctement ce qui est en question, quelques mots dans des situations du genre de la première, qui sont instables parce que dramatisées ; ou simplement, un témoignage attentif apporté à une situation comme la dernière évoquée qui, bien que dramatique, était d'emblée assumée calmement par la soignante : tout ceci ou cela peut suffire à aider les membres de l'équipe à affronter plus tranquillement, et seuls s'ils le souhaitent, les difficultés inhérentes à des circonstances délicates.

Interventions directes

Ce travail des couloirs peut tarir par défaut de paroles, par défaut de personnes. Ce qui arrive lorsque, dans une équipe, quelqu'un a remarqué une anomalie d'attitude chez une patiente, cependant qu'aucun des soignants ne se trouve, d'une manière directe, affectivement mobilisé.

Ce genre de situation peut être renforcé, voire même amené de manière obligée par une surcharge circonstancielle de l'ensemble des tâches de l'équipe, ou par l'acuité d'urgences somatiques accaparantes. Notre intervention va se faire alors directement auprès de la femme qui nous a été signalée.

Lorsque nous sommes tout à fait privés de ce premier filtre critique que représente pour nous le point de vue des soignants, il arrive parfois que notre activité soit une simple navette, dans une fonction de messager :

– Mme Jean est venue consulter pour contraception. Comme elle paraissait déprimée, il lui a été pris rendez-vous avec nous.

– Mme Jacques est convalescente après une grossesse extra-utérine. Un mot nous signale qu'elle va mal, et nous demande de passer la voir.

– Il s'avérera que la « dépression » de Mme Jean date du jour où une de ses parentes, jusque-là installée dans le voi-

sinage, a déménagé. Auparavant, Mme Jean pouvait se réfugier avec ses sept enfants dans cet autre foyer chaque fois que son mari, chômeur de fait économique et alcoolique de goût, devenait violent en rentrant à la maison.

– Quant à Mme Jacques, elle est, au moment où nous la verrons, restée sur la question, particulièrement anxiogène pour une femme de son origine ethnique, de sa fécondité future.

En ces occurrences, nous mettrons en contact Mme Jean avec une assistante sociale du Service. Nous insisterons pour qu'un médecin vienne voir Mme Jacques et lui parle de son avenir physiologique.

Dans de tels cas, la souffrance relève d'abord et surtout de difficultés concrètes d'existence.

Notre intervention directe peut se produire, aussi, dans un contexte d'emblée thérapeutique, lorsque la souffrance est apparue comme proprement psychique aux membres de l'équipe ; lorsque l'un d'entre eux a laissé entendre à la femme qui se plaint que ses troubles pouvaient avoir un abord possible autre que médical ; lorsqu'enfin la femme donne suite à cette information en formulant une demande à notre égard.

Par exemple Mme Philippe est hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré. La sage-femme a repéré qu'aucun motif obstétrical ne permet d'expliquer ces contractions qui mettent en danger le fœtus. Elle propose à Mme Philippe un entretien où elle pourrait parler de ce qui la préoccupe. Mme Philippe profite de cette proposition, elle parle : elle a souhaité cette grossesse, mais elle dit combien elle se sent coupable... Mme Philippe en vient à raconter l'avortement qu'elle a voulu faire en début de cette grossesse. Elle réalise que les contractions qu'elle a maintenant sont une nouvelle façon d'exprimer sa difficulté à accepter l'enfant qui grandit en elle.

Ce seul entretien ne permettra pas d'en savoir plus. Mme Philippe quittera le Service pour revenir accoucher quelques semaines plus tard, à terme. Soutenue par l'équipe dans son parcours vers la maternité, la relation à son enfant réel s'amorcera d'une manière apparemment positive.

Une difficulté

La troisième figure possible de notre activité est de type mixte, lorsque, à un travail auprès de l'équipe, s'adjoint une intervention directe auprès de la patiente. Dans ces derniers cas comme dans la plupart des précédents, l'utilité de la fonction psychologique est ici d'abord celle de la goutte d'huile dans les rouages du service : elle épargne une dépense inutile des énergies.

A moins qu'une pincée de sable ne s'en mêle, que les événements ne prennent pas l'allure satisfaisante que nous aurions souhaitée, et qu'ils se compliquent de conséquences inattendues, comme il est arrivé dans le cas suivant, qui nous a fait reconnaître une difficulté toujours possible de notre travail collectif.

Un jour, le cas de Mme Pascal, qui vient d'accoucher, nous est signalé par de nombreux appels dont la transcription sur autant de billets reflète, tant par le contenu que par la forme, où abondent majuscules et points d'exclamation, le caractère d'urgence. Cette femme, y est-il dit en substance, rejetterait son bébé.

Le premier d'entre nous qui se rend sur les lieux apprend, d'une équipe qu'il ressent comme débordée par l'irruption d'une anxiété envahissante, que le psychiatre de garde a été alerté, et constate que la fenêtre de la chambre a été verrouillée, dans un mouvement soucieux de sécurité.

Notre travail ici va se faire en deux temps :

En premier, compte tenu de la tension qui règne, une réunion est, sur le champ, organisée avec Mme Pascal et les soignants impliqués qui sont alors disponibles.

Puis, le lendemain, un autre d'entre nous (10) écoutera parler cette femme au cours d'un long entretien, qu'elle a accepté d'emblée lorsqu'il lui a été proposé.

Après quoi, l'équipe retrouvera son calme, et Mme Pascal son enfant ; elle commencera à le nourrir.

Que s'est-il passé ?

D'abord, lors de la réunion avec l'équipe, les soignants ont pu constater, en appréciant les termes dans lesquels elle évoque une partie de son entourage, que Mme Pascal a rejoué, dans le service, sans le savoir, le versant négatif et de refus qui semble l'opposer à des proches (11) ; lesquels, selon

(10) Du fait que, vacataires, nous alternons nos présences dans le service.

(11) Ceux-ci, sans exception, représentaient autant de substituts de sa propre mère.

elle, la rejettent, ce qui est précisément l'attitude que l'équipe vient d'adopter.

L'effet principal de cette séance collective sera pour les soignants de dédramatisation et de mise à l'écart du soupçon de folie (12).

Ensuite, l'entretien du lendemain avec Mme Pascal aura pour effet de permettre à cette femme de dépasser une phase de crise en désamorçant une tension interne.

Les ressorts de cette tension étaient de deux sortes :

- d'une part on y trouvait la problématique que toute femme (13) rencontre en ce moment crucial des couches (14). Mme Pascal avait là revécu ce désaisissement de la naissance, rappel primordial et douloureux pour la femme, du complexe qui a précédé jadis son entrée dans la phase œdipienne (15) : celui de la castration [5] ;

- d'autre part, des éléments précis, attachés au signe de cette naissance (16), avaient toutes qualités pour amorcer chez cette femme, une reviviscence aiguë des conflictualités œdipiennes proprement dites.

Le résultat était un équilibre actuel à un niveau régressif plus tenace qu'il n'est habituel en ces circonstances (17). En résumé, cette femme semblait être revenue à la bipolarité d'attitudes qui coiffe la psychogenèse de la petite fille pré-œdipienne : de soumission à la mère/d'opposition à la mère [6].

---

(12) Dans ce genre de cas, la confrontation parlée peut suffire à éradiquer le soupçon de folie qui ne provenait lui-même que d'un processus de mise à l'écart par un épaississement réciproque des silences.

(13) Il s'agit ici d'une clinique courante de femmes non psychiatrisées, qui, jusque-là, n'ont pas fait état d'une souffrance psychique outrepassant les normes.

(14) Du point de vue du comportement, et dans les limites spécifiques du processus de la maternité, il se produit là un mouvement de bascule entre la passivité de la gestation qui se fait chez la femme comme malgré elle, et l'activité que vont exiger d'elle normalement, les circonstances successives de la parturition et de l'allaitement. Ces deux dernières activités sont particulièrement propices à la reviviscence d'une fantasmatique phallique, que vient rappeler corporellement l'irritabilité des zones érogènes sollicitées, d'abord au cours de l'expulsion [3], puis lors de la succion par le nourrisson des mamelons érigés [4] ; ceci, dans un temps qui rappelle à la femme, avec sa vacuité retrouvée, son aptitude anatomique à la passivité sexuelle. Ce rappel a contrario met la femme en demeure de négocier, une fois de plus, les enjeux de sa féminité.

(15) Dont le véritable problème se pose à l'adolescence, lorsque, avec la puberté, en sont réunis, pour la première fois, tous les facteurs.

(16) Des éléments biographiques anciens formaient, avec ceux qui concernaient la vie actuelle de Mme Pascal, une série de coïncidences que certaines caractéristiques de cette naissance venaient remarquablement compléter.

(17) Des attitudes régressives sont ordinaires chez la femme au cours de cette période. Nous pensons, d'autre part, que les processus qui les fondent sont, sauf exception, différents de ceux qui peuvent être invoqués à propos de psychopathologie.

Sous les premiers propos de Mme Pascal uniment récriminatoires, se tenaient un sentiment aigu d'impuissance et une vive demande affective en attente. Ceci se faisait deviner avec la même insistance discrète que l'acteur agité et collé derrière le rideau du théâtre, et, nous semblait-il, avec la même crainte et une hâte semblable d'être enfin sur scène. Lorsque ceci fut fait, grâce à notre intervention encourageante que nous sentions attendue, Mme Pascal put dire toute sa déreliction.

Elle le fit en un discours qui la décrivait elle-même comme une toute petite fille, comme un bébé. Les termes en étaient tellement évocateurs qu'il suffit d'une ponctuation de notre part pour que, d'elle-même, elle en prenne facilement conscience.

Ce fut alors comme si son nouveau-né, déposé à côté de son lit, commençait à devenir pour elle un être concret. Elle posa d'abord son regard sur lui. Puis elle le nomma en parlant. Dans l'actualité même de l'entretien, une place de bébé avait été désignée où, petit à petit, le bébé pouvait prendre sa place, du moment où sa mère consentait à abandonner cette position. En renonçant à une attitude passive de bébé, Mme Pascal entrevoyait une attitude active de mère qui allaite (14). Elle a pris le bébé sur le lit, à côté d'elle, et nous avions l'impression qu'au cours de cet entretien, cette femme terminait d'accoucher, c'est-à-dire qu'elle accouchait psychiquement (18).

En représentant à Mme Pascal la demande affective que ses revendications masquaient, nous lui avions implicitement représenté qu'un bébé peut ne pas seulement tendre à mordre et à abîmer un sein, mais aussi à s'y tenir agrippé par amour.

Ayant pu apprécier à son propos combien vivace pouvait être cette ambivalence radicale, nous comprenions maintenant à quel point cette femme avait pu, par son attitude, solliciter sans trêve l'attention des soignants, qu'elle repoussait en même temps (19), ce qui était devenu complètement insupportable à ces derniers.

(18) Le mari assistait à cet entretien ; sa présence, puis sa participation nous paraissent avoir joué, en ce cas, un rôle très important. Il nous semble que la reconnaissance, par la mère, du bébé réel, cette parturition symbolique, a eu pour prémices la reconnaissance de l'engendrement symbolique, fait à deux, à partir de l'évocation des projets du couple, ce qui impliquait probablement pour cette femme qu'elle se détachait inconsciemment d'une procréation imaginaire.

(19) Attitude bien connue dans la clinique de la psychopathologie et que M. Klein a associée étroitement à la notion, développée par elle, de « L'envie » [7].

Juste après cette histoire, il y a eu une période où le lien de notre relation avec cette équipe nous a paru plus lâche. Ceci nous a amenés à nous interroger.

Il nous est apparu alors que ces soignants nous demandaient plus, nous reprochaient de donner moins ; qu'ils sollicitaient notre présence mais que, sitôt qu'ils nous avaient obtenus, ils n'avaient pas grand chose à nous dire et ne montraient guère d'espoir que nous puissions leur apporter quelque chose.

Ce mouvement contrarié rappelait l'attitude de Mme Pascal. Les soignants nous semblaient être pris dans l'oscillation anté-œdipienne où nous avait paru cette femme : se plaçant eux-mêmes successivement à la place du bébé passif et sans défense pour nous accaparer, puis à la place de la mère toute-puissante (20) et inaccessible. Nous discernions en cela une manifestation excessive de cette problématique caractéristique et assez générale des femmes dans la période périnatale (21).

Epilogue

Cette analyse n'était pas inexacte, elle était seulement incomplète. En effet, au moment où nous venions de présenter publiquement cette réflexion (22), nous est alors revenu, avec le sentiment vaguement coupable que nous venions de tenter là un plaidoyer en notre faveur, le souvenir d'une courte péripétie que nous avions oubliée.

Au cours d'une réunion avec cette équipe, peu avant la sortie de Mme Pascal, il nous avait été demandé de parler d'elle ; nous avions dit que nous ajournions notre réponse, avec une tranquille bonne foi.

A ce moment même, nous étions entrés dans ce processus où, de la même façon que le bébé avait été rejeté par la mère et la mère par l'équipe, l'équipe était rejetée par nous.

---

(20) Mouvement alternatif souvent observable directement chez la fillette, lorsque dans la maison naît un nouveau bébé, et que son caprice prend l'apparence tantôt de la déreliction plaintive et tantôt d'une maîtrise impérieuse du nourrisson, selon un double anachronisme.

(21) On peut en observer une autre manifestation à minima dans la fréquence des rêveries inquiètes des accouchées à propos de rapts ou d'échanges de bébés par erreur. Ces soucis fantasmatiques trahissent la thématique double de dénuement et de rapacité dont la légende biblique du Jugement de Salomon donne une illustration complète.

(22) Colloque sur la relation mère-enfant, Genève, octobre 1982.

En reconsidérant la problématique de cette mère qui semble avoir été le foyer originel de ces mouvements d'exclusion contagieux, nous sommes amenés à penser que le rejet de l'autre dans la réalité est, en de telles occurrences, à la mesure du désir d'inclusion et d'appropriation exclusive d'un objet fantasmatique.

Une variante de ce désir a « culminé », jadis, dans le fantasme d'un engendrement [1] lors de notre petite enfance, et, cela, aussi bien chez le garçon que chez la fille.

On peut admettre, au titre d'avatars tardifs de tels souhaits devenus inconscients, non seulement l'ambiguïté de la position maternelle, mais celle, aussi, de la position thérapeutique.

L'une et l'autre de ces deux fonctions, maternelle et soignante, peuvent présenter le caractère de l'oblativité sereine. Cependant, contrastant avec cette image d'Epinal, nous devrons nous attendre à y rencontrer, à tout moment, le phénomène de l'envie, au moins dans ses manifestations discrètes parce que familières, sinon dans ses formes aiguës et encombrantes qui trahissent en nous les démons d'une possessivité pugnace.

Références

1. Freud S. Psychanalyse et médecine. In : Ma vie et la psychanalyse. Paris : Gallimard, 1968.
2. Pasini W. L'enfant imaginaire. In : Désir d'enfant, refus d'enfant. Paris : Stock, 1980.
3. Dolto F. Naître et ensuite. Paris : Stock, 1978.
4. Deutsch H. La psychologie des femmes. Paris : PUF, 1949.
5. Freud S. Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes. In : La vie sexuelle. Paris : PUF, 1969.
6. Dorey G. Entre le deuil et la trahison, la femme. Psychanalyse à l'université 1982 ; 7 : 26.
7. Klein M. Envie et gratitude. Paris : Gallimard, 1968.

IV. Après l'accouchement

Le nouveau-né avec ambiguïté sexuelle

G.E. Theintz

La première communication que les parents reçoivent à la naissance de leur enfant concerne son sexe. Ce cri tant attendu « c'est un garçon » ou « c'est une fille » va déclencher toute une série d'évéments (il ou elle, bleu ou rose) qui vont marquer définitivement ce nouveau-né. La notion du sexe est d'ailleurs présente à l'esprit des parents bien avant la naissance de leur enfant tant il est vrai que ceux-ci ont longuement réfléchi au choix d'un prénom masculin ou féminin. Selon leurs origines socio-culturelles, leur milieu familial ou encore en fonction des enfants précédents, ils éprouvent une préférence plus ou moins marquée pour l'un des deux sexes. Dans leur vie fantasmatique, ils ont déjà échafaudé une série de plans pour cet enfant « idéalisé » qui doit fonctionner parfaitement.

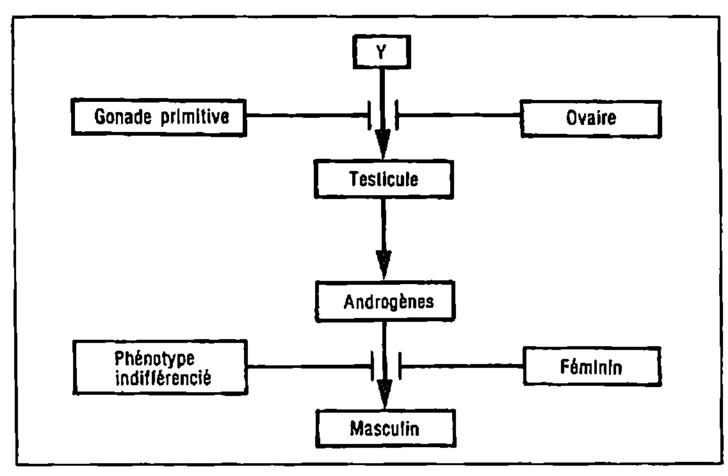
Dans ces conditions, il est facile d'imaginer que l'ambiguïté sexuelle, comme toute autre malformation congénitale, représente pour les parents une situation de crise qui va également impliquer le personnel soignant, en particulier la sage-femme et le médecin. Cette situation est d'autant plus désarmante qu'elle est relativement rare et qu'elle engendre des émotions difficiles à dominer aussi bien chez les parents qu'au sein de l'équipe médicale. Enfin, elle arrive à un moment critique où, parallèlement aux investigations à faire, il faut déjà songer au traitement, ainsi qu'à des tâches éducatives parfois très lourdes.

La maîtrise d'une telle situation nécessite de bien comprendre la physiologie de la différenciation sexuelle et ses anomalies. De plus, le personnel médical doit savoir établir avec les parents une relation de confiance qui servira de base

à l'explication du choix thérapeutique et des problèmes inhérents à ce type de traitement. C'est sous cet angle que seront discutées les principales anomalies de la différenciation sexuelle pouvant se présenter à la naissance.

Rappel de la physiologie de la différenciation sexuelle

L'embryon humain se différencie au travers d'une série complexe d'événements sous l'influence de facteurs génétiques et hormonaux (fig. 1). La différenciation sexuelle du garçon est un processus actif. C'est la présence d'un gène situé sur le bras court du chromosome Y qui amène la gonade bipotentielle à s'organiser en testicule. Celui-ci produit à la fois le facteur anti-müllérien et de la testostérone qui, par son action locale, amène le fœtus de huit-neuf semaines à développer des organes génitaux internes masculins (vésicule séminale, épididyme, canal déférent). Au niveau des organes génitaux externes, la transformation enzymatique (5α-réductase) de la testostérone en dihydrotestostérone permet la croissance de la prostate, des bourses et de la verge (fig. 2). Chez le fœtus féminin normal, c'est l'absence de ces facteurs masculinisants et *non* l'action d'hormones féminisantes qui aboutit à la maturation des dérivés müllériens (trompes, utérus, tiers supérieur du vagin) comme à l'organisation du phénotype féminin normal (fig. 2).



1. *Rôle du chromosome Y et des androgènes dans la différenciation sexuelle du fœtus bipotentiel.*

DIFFERENCIATION DE LA FILLE

XX

OVAIRE

Développement des canaux de Müller

- Utérus
- Trompes
- Tiers supérieur du vagin
- Développement des organes génitaux externes primitifs

Organes externes féminins

DIFFERENCIATION DU GARCON

XY

Antigène H-Y

Cellules de Leydig

Tubule séminifère

TESTICULE

Testostérone

Cellule de Sertoli

5 α -réductase

Facteur anti-müllerien

Développement des canaux de Wolff

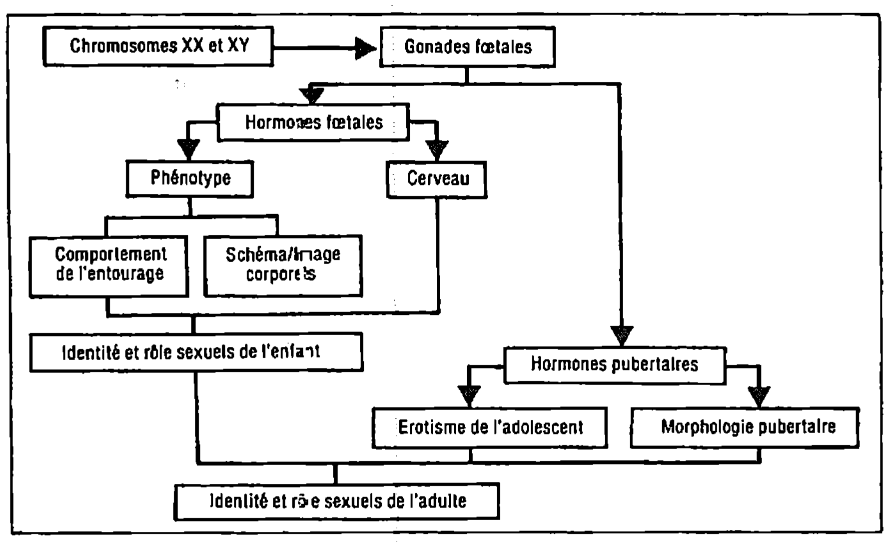
Dihydrotestostérone

Inhibition des canaux de Müller

Epididyme
Canal déférent
Vésicule séminale

Développement de :
- Prostate
- Utricule prostatique
- Scrotum
- Pénis et son urètre
- Gland

2. Facteurs génétiques et hormonaux agissant sur la différenciation de la gonade et des organes génitaux des fœtus masculin et féminin. Le développement des structures génitales masculines dépend de l'action du facteur anti-müllérien, de la sécrétion de testostérone et de sa transformation en dihydrotestostérone [3].



3. Séquence des évènements permettant à chaque être humain de construire une identité et un rôle sexuels d'adulte [4].

Les stéroïdes sexuels produits pendant la vie fœtale exercent également leur action au niveau du système nerveux central (fig. 3). A la suite de divers travaux expérimentaux chez le rat, le cobaye et le singe, il a été démontré que ces stéroïdes sexuels ont une certaine action « organisatrice » sur le cerveau fœtal le prédisposant, en quelque sorte, à recevoir ultérieurement un certain type de messages comportementaux. A cet égard, le rôle des parents et de l'entourage est primordial dans le renforcement du schéma et de l'image corporelle du jeune enfant. Si celui-ci prend conscience de son identité sexuelle par la vue, le toucher et les comparaisons qu'il peut faire autour de lui, l'image que lui renvoient ses parents doit être conforme à son sexe. En conséquence, leurs incertitudes à ce moment critique de la vie sont certainement préjudiciables à la formation de son identité et, plus tard, de son rôle sexuel d'adulte.

Conduite à tenir en cas d'ambiguïté sexuelle

Quelle que soit la sévérité de l'ambiguïté, chaque cas doit être considéré comme une urgence néo-natale. En fonction de leur évolution, trois phases bien distinctes sont à considérer :

Premières minutes

C'est la phase cruciale où les parents, le plus souvent la mère seule, apprennent la nouvelle. Cette mère désemparée entend tout mais ne comprend rien. A ce moment, il est capital d'être aussi simple que possible. A notre avis, il faut se limiter à confirmer qu'il existe un problème et en préciser la nature. C'est ainsi que le message peut englober la notion d'un enfant « qui n'est pas fini » et celle des investigations qui permettront de commencer le traitement le plus vite possible. De ce fait, les parents associent la notion d'un lien entre les investigations et le traitement à ce moment déjà. Pratiquement, l'échéance du prénom doit être retardée et ceci au moindre doute. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître en effet qu'il faut renoncer à donner un prénom « ambigu » tel que Claude ou Dominique. Dans ce cas, la représentation du sexe de l'enfant dans l'esprit des parents reste ambiguë et cette situation est certainement néfaste au développement ultérieur de l'enfant. Il est également impératif que le personnel médical présent à l'accouchement s'abstienne de considérer ce nouveau-né comme une curiosité. Il devra donc se passer de commentaires tels que « c'est un hermaphrodite » ou encore « un enfant intersexué ». Enfin le médecin responsable (en général le pédiatre) ne doit pas

donner l'impression qu'il est dépassé par la situation : la rareté relative de cette pathologie n'est en aucun cas un argument à fournir en guise d'excuse aux parents.

Premiers jours

C'est une période propice aux explications et au soutien du couple et de sa famille. Le status clinique attentif, le frottis buccal (en attendant le caryotype) ainsi qu'une génitographie et/ou une ultrasonographie abdominale sont en général suffisants pour apprécier la plupart des situations. Les dosages hormonaux quelquefois très sophistiqués prennent du temps et n'apportent le plus souvent qu'une confirmation de la première impression diagnostique (tableau I). De plus ils n'influencent que rarement le choix du sexe de l'enfant : à cet égard, la quantité de tissu érectile et le type de structure interne sont plus importants dans cette évaluation.

Lors des discussions, les deux parents doivent être présents. Il n'est pas souhaitable en effet que les informations échangées avec le médecin à ce moment soient véhiculées d'un époux à l'autre, déformées par leurs émotions et par l'impression de ce qu'ils croient avoir compris. La relation de confiance qui s'installe doit permettre au médecin d'être à l'écoute du couple et découvrir, entre autres, les liens qui l'unissent, ainsi que les motivations de la grossesse. Il doit

I. *Investigations possibles en présence d'une ambiguïté sexuelle.*

Chromosomes	Frottis buccal Caryotype
Bilan hormonal basal	17-hydroxyprogestérone, progestérone Deoxycortisol, cortisol Androgènes, œstrogènes Rénine, aldostérone Gonadotrophines
Hormones après stimulation	LHRH HCG
Réponse de l'organe-cible	Activité enzymatique dans la peau Récepteurs aux androgènes Traitement d'épreuve à la testostérone
Autres investigations	Ultra-sonographie abdominale Génitographie/Urographie intra-veineuse Exploration chirurgicale/Biopsie

Le test au LHRH est d'interprétation difficile chez le nouveau-né. La mesure des enzymes et des récepteurs aux androgènes n'est pratiqué que dans quelques centres spécialisés.

pouvoir répondre à des questions qui ne sont pas toujours verbalisées : « de qui est-ce la faute ? » ou encore « que faut-il dire à l'entourage ? ». Calmer l'angoisse des parents, c'est leur permettre de comprendre en termes simples les principes de la différenciation sexuelle. L'aide de schémas est utile et leur permet de réaliser ce qui a pu se passer chez leur enfant, facilitant ainsi l'acceptation des investigations. Enfin ces éléments explicatifs serviront de base aux discussions ultérieures concernant l'attitude thérapeutique.

Décision du traitement

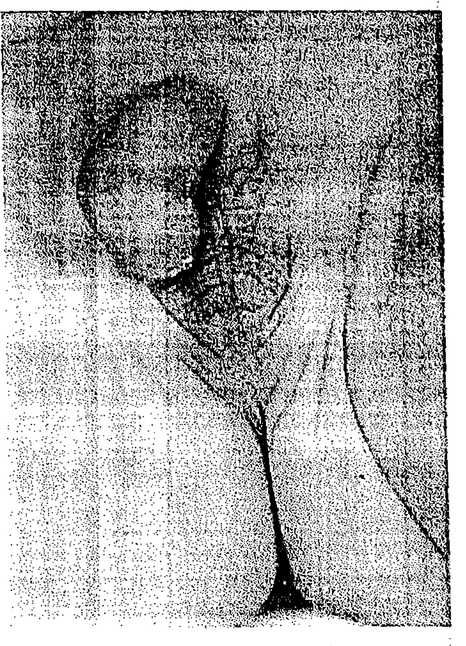
L'attitude thérapeutique doit être le fruit d'une décision collective impliquant le pédiatre, le généticien, l'endocrinologue et surtout le chirurgien qui a la tâche souvent ardue de restaurer une anatomie locale aussi proche de la norme que possible. Outre l'importance de l'aspect esthétique, l'acte chirurgical doit tenir compte des potentialités fonctionnelles ultérieures (vie sexuelle de l'adulte). En tous cas, lorsque cette décision est intervenue, elle doit paraître définitive aux yeux des parents afin de ne pas entretenir dans leur esprit une incertitude quant au sexe de leur enfant. Certaines décisions sont très difficiles à accepter et sont une source d'angoisse et de conflits. Nous ne pensons pas qu'il soit néanmoins utile de confier systématiquement ces parents au psychiatre, sauf s'il existe des troubles psychiatriques sous-jacents. Nous trouvons utile cependant de discuter avec lui les informations recueillies auprès de ceux-ci afin qu'il nous aide à mieux comprendre et élaborer leur problématique.

II. *Divers types d'anomalies de la différenciation sexuelle.*

Différenciation de la gonade	Agénésie ou dysgénésie gonadique Dysgénésie des tubes séminifères Hermaphrodisme vrai
Organes génitaux externes	• Pseudo-hermaphrodisme féminin : - d'origine fœtale : syndrome adréno-génital - d'origine maternelle : progestatifs, tumeur surrénalienne virilisante, tumeur ovarienne virilisante • Pseudo-hermaphrodisme masculin - anomalie de la fonction testiculaire : absence de facteur anti-müllérien, troubles de synthèse de la testostérone - anomalie de l'organe-cible : déficit en 5α-réductase, déficit en récepteurs aux androgènes
Anomalies mineures de la différenciation	Hypospadias Micropénis Cryptorchidie

Conduite pratique lors d'ambiguïté sexuelle

Les principaux types d'anomalies de la différenciation sexuelle sont résumés sur le tableau II. Les troubles de la différenciation de la gonade ne sont pas une préoccupation à la naissance, tant en ce qui concerne le syndrome de Turner que celui de Klinefelter (dysgénésie des tubules séminifères). Les dysgénésies gonadiques « mixtes », avec mosaïque peuvent se présenter avec une ambiguïté sexuelle à la naissance. Ces cas sont cependant très rares, tout comme ceux, exceptionnels, d'hermaphrodisme vrai (moins de 400 cas décrits) : tous ces cas doivent être appréciés individuellement et les problèmes qu'ils posent sortent du cadre de cette présentation [1, 2].



4. *Virilisation extrême des organes génitaux externes d'un nouveau-né, 46,XX, souffrant d'un syndrome adréno-génital par déficit en 21-hydroxylase. Cet enfant a été admis avec un prénom masculin pour perte de sel et cryptorchidie.*



5. *Aspect habituel des organes génitaux de filles ayant un syndrome adréno-génital par déficit en 21-hydroxylase : noter la fusion postérieure des lèvres leur donnant un aspect scrotal, le sillon urogénital et l'hypertrophie clitoridienne.*

La situation de loin la plus fréquente est celle de l'enfant pseudo-hermaphrodite, et ceci, d'autant plus que certaines malformations fréquentes et banales des organes génitaux externes peuvent masquer des anomalies graves de la différenciation entrant dans cette catégorie (fig. 4). Deux situations peuvent se présenter.

Pseudo-hermaphrodisme féminin

Il se définit comme la présence d'une ambiguïté sexuelle chez un individu 46, XX possédant deux ovaires. L'exemple classique en est le syndrome adréno-génital dont la forme habituelle est causée par un déficit en 21-hydroxylase. Sa présentation clinique peut être très variable comme en témoignent les figures 4 et 5. La virilisation quelquefois extrême de ces sujets ne doit pas impressionner, car ils sont génétiquement féminins et leurs dérivés müllériens sont toujours normaux. Il s'agit donc, sans aucun doute, de filles dont le pouvoir de reproduction est intact. Dans ces cas, nous préconisons une chirurgie correctrice précoce visant d'abord à restituer un aspect extérieur féminin (clitoridoplastie, fig. 6 et 7). Cette étape est capitale, car elle permet aux parents de renforcer leur conviction qu'il s'agit bien d'une fille. A cela s'ajoute l'avantage d'éviter les questions et commentaires de l'entourage (crèche, garde-bébé). Les corrections ultérieures (plastie vaginale) se font à l'adolescence.

Pseudo-hermaphrodisme masculin

Il se définit comme la présence d'une ambiguïté sexuelle chez un sujet 46, XY possédant deux testicules. C'est dans ce cas que l'attitude à adopter pose des problèmes, car c'est la seule situation où l'on peut être amené à ne pas suivre le sexe génétique, et ceci, sans égard au diagnostic étiologique. C'est la problématique du mâle génétique élevé « en fille ». Cette situation se rencontre dans le syndrome du testicule féminisant. Ces patients ne possèdent pas de récepteurs aux androgènes, raison pour laquelle, en dépit de concentrations suffisantes de testostérone et de dihydrotestostérone, ils présentent un phénotype féminin à la naissance. La régression müllérienne étant normale, ils n'ont ni trompes ni utérus et, au niveau des organes génitaux externes, on remarque un vagin court et borgne. De par cette résistance aux androgènes, il ne fait aucun doute que ces sujets doivent être élevés en fille, la gonadectomie se faisant habituellement à la puberté. Il existe également toute une série de cas intermédiaires où le manque relatif de récepteurs, quantitatif ou

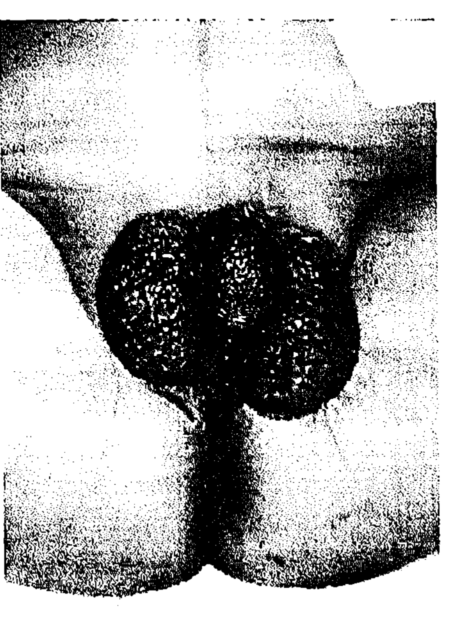


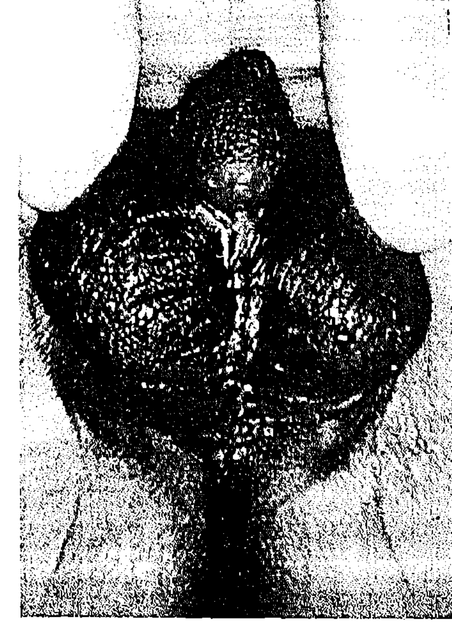
6 et 7. *Importance du traitement chirurgical précoce lors de pseudo-hermaphrodisme féminin (syndrome adréno-génital) : la clitoridoplastie restitue un aspect féminin satisfaisant (clichés dus au Pr A. Cuendet).*



qualitatif, aboutit à un phénotype variable, allant d'une hypertrophie clitoridienne isolée à un phénotype masculin avec divers degrés d'hypospadias. Certains de ces cas ont été rangés dans le cadre du syndrome de Reifenstein (fig. 8 et 9).

D'une façon générale, il est plus facile de créer un vagin fonctionnel qu'un pénis fonctionnel. La correction des organes génitaux externes dans un sens masculin se heurte à des difficultés techniques (plusieurs opérations). Il n'est pas toujours possible d'obtenir un résultat fonctionnel adéquat, soit une verge mesurant au minimum 6-7 cm en érection, ce qui permet son introduction dans le vagin. Outre le rôle quelquefois insuffisant de l'aspect esthétique, cette longue procédure aboutit au maigre avantage de permettre au patient d'uriner debout. Par conséquent, dans les jours qui suivent la naissance, il faut déjà avoir en perspective la meilleure vie possible pour cet enfant ainsi que pour sa fonction sexuelle d'adulte. Chaque sujet génétiquement masculin présentant des organes génitaux externes très ambigus avec peu de tissu érectile et un hypospadias sévère doit faire envisager une orientation vers un sexe d'élevage féminin. Cette procédure





8 et 9. *Aspect habituel des organes génitaux chez un garçon (46,XY) présentant un hypospadias périnéoscrotal. Gonades palpables dans les bourses (clichés dus au Pr A. Cuendet).*

est également valable dans les cas de micropénis sévère. Dans chaque situation, les avantages relatifs apportés par les investigations complémentaires doivent être évalués en fonction des risques encourus par l'inquiétude et l'angoisse grandissantes des parents incertains quant au sexe de leur enfant. C'est pourquoi, autant que possible, la première correction chirurgicale doit se faire avant que l'enfant n'ait pu séjourner à domicile. Les soucis des parents, à ce stade, concernent surtout le résultat final obtenu : ceux-ci doivent comprendre que leur enfant ne sera pas fertile. En même temps, il est utile d'ajouter qu'une vie de couple est néanmoins réalisable tout comme l'élevage des enfants (adoption). Il faut aussi rendre ces parents attentifs au fait que l'enfant finit toujours par découvrir la vérité et qu'il ne sert donc à rien d'en faire un tabou familial. Dès ce moment, le travail du médecin va consister à déceler ce que l'enfant grandissant peut savoir de sa maladie. En fonction de son développement psycho-affectif, il faudra l'amener à bien comprendre ce qui s'est passé dans son corps et à accepter sa situation. Ceci est particulièrement important à l'adolescence lorsqu'il est nécessaire d'introduire un traitement hormonal de substitution.

Les blocs de la synthèse de la testostérone (17β-oxydoréductase, 5α-réductase, etc.) sont des causes rares de pseudohermaphrodisme masculin qui n'ont été bien individualisées que dans cette dernière décade. Jusqu'à présent, la plupart de ces cas ont été méconnus à la naissance et le problème a consisté en leur virilisation à la puberté, alors qu'ils avaient été considérés jusque-là comme des filles. Comme il est rarement possible de changer de sexe d'élevage au moment de l'adolescence, l'attitude générale a consisté à maintenir ce sexe d'élevage en pratiquant une gonadectomie et en instaurant une thérapie de substitution. Pour les cas diagnostiqués à la naissance, l'attitude doit être identique à celle des autres cas de pseudo-hermaphrodisme masculin avec, cependant, certaines exceptions pour le déficit en 5α-réductase.

L'attitude préconisée dans cet exposé reflète généralement celle admise par la grande majorité des auteurs. Il faut admettre, toutefois, que nous ne possédons que des informations fragmentaires et avec un recul limité sur l'avenir à long terme des patients traités de cette façon. Des études bien contrôlées et portant sur un plus grand nombre de sujets sont nécessaires pour nous dire dans quelle mesure notre approche thérapeutique doit être modifiée.

Références

1. Money J. Sex errors of the body : dilemnas, education and counceling. Baltimore : John Hopkins Univ Press, 1968 ; 36-42.

2. Van Niekerk WA. True Hermaphroditism : clinical morphologic and cytogenetic aspects. Hagerstown : Harper and Row, 1974.

3. Theintz GE, Sizonenko PC. La différenciation sexuelle et ses anomalies. Rev med suisse romande 1982 ; 102 : 1973-82.

4. Money J, Ehrhardt A. Man and woman, boy and girl : the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity. Baltimore : John Hopkins Univ Press, 1972 ; 163.

Pour en savoir plus

Classberg KJ. Gender assignment in newborn male pseudohermaphrodites. Urol Clin North Amer 1980 ; 7 : 409-21.

Imperato-McGuinley J, Peterson RE, Gautier T and Sturla E. Androgens and the evolution of male-gender identity among male pseudohermaphrodites with 5α-reductase. N Engl J Med 1979 ; 300 : 1234-7.

Josso N. The intersex Child. Pediatr Adolesc Endocrinol series. Vol 8, Basel : Karger, 1981 (Laron Z. ed.).

Kreisler L et Canlorbe P. Le risque psychologique dans le pseudohermaphrodisme féminin. Ann Pediatr 1974 ; 21 : 37-47.

Lee PA, Plotnick LP, Kowarski AA and Migeon CJ. Congenital Adrenal Hyperplasia : psychologic, intellectual and educational aspects. University Park Press 1975 ; 419-75.

MacLusky NJ and Naftolin F. Sexual differenciation of the central nervous system. Science 1981 ; 211 : 1294-303.

Mollard P. Traitement chirurgical des ambiguïtés sexuelles. Pédiatrie 1979 ; 34 : 595-602.

Diagnostic précoce des malformations congénitales

A. Cuendet

Le processus décisionnel en médecine est un phénomène assez complexe impliquant l'analyse et la synthèse d'un nombre important de facteurs. La plupart de ceux-ci sont connus et font partie du savoir propre à la profession médicale. Toutefois certains sont implicites, souvent mal définis, et font partie de la sphère que j'appellerai « communautaire ». Ils se rapportent plus particulièrement aux aspects socio-économiques et éthiques de la santé. La prise en compte de ceux-ci a toujours fait partie intégrante de la démarche médicale, mais la société exige aujourd'hui la désignation claire de ses aspects et la chirurgie néonatale n'échappe pas à cette dialectique.

On demande en effet aujourd'hui au médecin de prendre position par rapport à deux notions relativement abstraites : la qualité de la vie ou le bien-être comme le définit l'O.M.S. et celle du coût sur avantage, expression créée par les économistes et à la lumière de laquelle il conviendrait d'analyser tous nos résultats thérapeutiques, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux.

Si l'on retourne un demi-siècle en arrière, on doit constater que la chirurgie de la période périnatale, grevée d'une mortalité de plus de 90 %, n'avait en fait aucune influence sur la mortalité périnatale globale. Son seul mérite était de contribuer au renom des quelques audacieux dont l'habileté était ainsi reconnue. Il en est bien autrement aujourd'hui où les survies sont la règle et où l'on doit dès lors s'interroger sur l'histoire naturelle de nos succès.

Les malformations « chirurgicales » observées à la naissance ont très souvent des causes multifactorielles où les facteurs extrinsèques jouent tout autant que les facteurs génétiques. On peut estimer que 0,5 % des nouveau-nés vivants présentent des anomalies qui nécessiteront une intervention chirurgicale, toutes ne présentant ni le même

caractère de gravité, ni le même caractère d'urgence thérapeutique.

Il est utile également de rappeler que la fréquence de ces malformations peut varier suivant les catégories d'individus auxquels on a affaire. Je ne fais que rappeler la relation entre poids et âge gestationnel et la plus grande fréquence de malformations dans le groupe des « small for date ». Ceux-ci d'ailleurs, lorsqu'ils naissent à terme et malgré leur petit poids de naissance, représentent également un groupe de bon pronostic chirurgical. Ces faits, et bien d'autres, sont à mettre en rapport avec le concept de grossesse à risque introduit par les périnatologues et qui englobe la totalité des problèmes que peut poser l'unité mère-enfant avant, pendant et après l'accouchement. Il est évident dès lors que le diagnostic d'une malformation congénitale ou la probabilité statistique d'une malformation implique une approche pluridisciplinaire dont le chirurgien ne peut être exclu.

Le diagnostic d'une malformation congénitale peut être posé à différents moments : à la période fœtale, au moment même de la naissance, ou dans ses suites immédiates, et enfin plus tardivement. La précocité du diagnostic a une importance capitale lorsque la malformation interfère avec le fonctionnement ou le développement d'un organe. Ceci est évident et implique également la précocité du traitement ; nous y reviendrons avec quelques exemples. Dans de telles circonstances, il est également évident que la conduite de la grossesse peut être modifiée et que le chirurgien intervient comme un élément extrêmement perturbateur dans les rapports obstétricien-parents. Je ne suis pas éloigné de penser qu'à une certaine époque la malformation du nouveau-né a été ressentie par l'obstétricien lui-même comme un échec personnel de la grossesse qu'il suivait. Notre position dans de telles consultations ou discussions est rendue difficile par l'image que nous traînons à nos basques sanglantes qui ont tendance à nous cantonner dans une fonction castratrice où l'on enlève, ampute, résèque, supprime et extirpe ce qui est mauvais dans un individu, le laissant invalide mais sauvé après le passage fulgurant du scalpel. Lorsque notre métier s'applique à restituer une physiologie normale, ou quasi-normale, notre présence est plus mal définie et ressentie. La tare n'a pas été enlevée et le patient reste un invalide pour ses proches. Il est à ce propos significatif dans notre pays que la prise en charge des malformations congénitales se fasse par l'intermédiaire d'une assurance qui s'appelle « assurance invalidité ». Si donc nous n'avons rien enlevé, mais corrigé, on nous questionnera sur la qualité de la survie. Il aurait fallu, à la limite, pouvoir

tout effacer des traces de la tare portée par l'enfant. Je me souviens à ce propos d'une mère venant me consulter quelques années après les nombreuses opérations subies par son enfant pour une grave malformation du tube digestif et qui me demandait s'il n'était pas possible, au prix d'une chirurgie esthétique qu'elle espérait prochaine, de faire disparaître l'ensemble des cicatrices visibles sur l'abdomen de son enfant. Ainsi, avant même de poser son diagnostic et d'indiquer son attitude thérapeutique, le chirurgien doit être extrêmement conscient de la difficulté de son insertion dans des relations doublement complexes puisque si celles entre obstétricien et parents ont déjà été établies, celles entre ceux-ci, l'enfant à naître et le futur pédiatre qui s'en occupera ne l'ont pas encore été.

Diagnostic de la période fœtale

Comme le disait récemment Michael Harrison, le fœtus humain est resté pendant des siècles un reclus médical au sein d'un utérus obscur. Depuis l'introduction de l'ultrasonographie, on a fait d'importants progrès dans la connaissance de son anatomie et même de sa physiologie. Tout d'abord utilisée pour suivre l'évolution d'une grossesse normale et détecter précocement des signes d'alarme utiles à reconnaître pour l'obstétricien, cette technique a rapidement permis également le diagnostic précoce de malformations fœtales dont la gravité justifiait le recours à un avortement provoqué. Les améliorations techniques plus récentes ont permis d'affiner les diagnostics d'anomalies congénitales sur le fœtus et, en dehors de l'éventualité d'un avortement provoqué, ont abouti à l'instauration de mesures thérapeutiques telles que la modification de la date de l'accouchement, la modification de la technique d'accouchement et même, dans certains cas, le recours à un traitement anté-natal de la malformation ou de ses conséquences. Ainsi donc, dans le cadre du diagnostic précoce des anomalies congénitales, cet aspect nouveau mérite d'être souligné. Si pour l'instant il est encore admis que la plupart des malformations diagnostiquées dans cette période doivent être corrigées après la naissance, un petit nombre toutefois de ces lésions est accessible à un traitement avant terme. Pour de telles décisions thérapeutiques, l'évaluation complète du fœtus est importante, d'autant plus que les malformations font souvent partie d'un syndrome associant l'atteinte de plusieurs systèmes. Les moyens diagnostiques utilisés actuellement sont au nombre de cinq : l'étude échographique, l'amniocentèse, l'amniographie, la fœtoscopie et enfin la ponction de fœtus sous échographie en temps réel. Toutes

ces techniques ont été utilisées par plusieurs groupes ayant fait l'objet d'un grand nombre de publications récentes. Elles présentent, les unes et les autres, des avantages et des risques, risques pour la mère et risques pour l'enfant qui doivent être clairement définis.

On peut classer les diagnostics ainsi obtenus, comme le propose Harrison de San Francisco, par rapport à l'attitude thérapeutique qu'ils déterminent.

Malformations traitées par avortement provoqué.

Cette solution de caractère radical peut être proposée lorsque les malformations diagnostiquées restent incompatibles avec une vie post-natale normale et qu'elles sont diagnostiquées suffisamment tôt. Liées parfois à des anomalies chromosomiques, elles sont donc diagnostiquées par l'association de l'examen échographique et de la ponction du liquide amniotique. On adopte dans ce cas-là la même attitude que celle proposée pour d'autres troubles héréditaires chromosomiques ou métaboliques.

Malformations n'entraînant pas de traitement prénatal particulier

C'est en fait la situation la plus fréquente. Dans ces situations, on sait que le nouveau-né aura besoin d'un traitement chirurgical ou médical immédiatement après la naissance. Le double objectif visé sera alors, d'une part, de faire tout pour avoir un nouveau-né mature qui supportera dès lors dans les meilleures conditions l'acte chirurgical et, d'autre part, d'organiser l'accouchement à l'endroit où les soins spécialisés pourront être immédiatement accessibles. On préfèrera ainsi le transport du fœtus in situ au transport post-natal qui est plus aléatoire.

Malformations pouvant modifier la date de l'accouchement

Une telle décision doit être envisagée lorsqu'on peut admettre que le délai entre la correction de l'anomalie et sa constatation détermine des effets progressivement néfastes. Il s'agit essentiellement de malformations à caractère sténosant qui compromettent la fonction de l'organe sus-jacent. L'exemple le plus classique est l'obstruction du tractus urinaire. On sait dans ces cas que plus la levée de l'obstacle est précoce, plus grandes sont les chances de récupération de la croissance et du développement rénal. Il est vraisemblable que les lésions rénales même unilatérales ont une influence directe sur la durée de vie d'un individu.

Le recours à un accouchement prématuré doit être analysé par rapport aux risques courus par l'enfant et la mère. Dans ces cas, l'amniocentèse est indispensable pour évaluer la maturité pulmonaire fœtale par l'analyse de la lécithine sphingomyéline. Le diagnostic exact des malformations du tube digestif peut être obtenu par l'amniographie avec le transit gastro-intestinal.

Malformations pouvant indiquer le recours à une césarienne

Une telle décision est généralement prise en raison de la dystocie que pourrait provoquer la malformation ou naturellement dans les cas où un accouchement prématuré a été provoqué sans succès. Les indications liées directement à la précocité d'un traitement chirurgical de la malformation sont exceptionnelles.

Intervention in utéro

Sur le plan médical, on a proposé récemment le traitement d'anomalies fœtales par l'administration de doses pharmacologiques prises par la mère ou par injection directe de produits dans le liquide amniotique. Dans le cadre des malformations anatomiques, on peut actuellement prendre en considération celles qui gênent le développement d'un organe fœtal et dont les conséquences pathologiques sont connues et progressives. C'est ainsi que le drainage vésical a déjà été réalisé et les techniques expérimentales sont à l'étude pour la correction chirurgicale in utéro de la hernie diaphragmatique.

Il est évident que cette approche relativement agressive dans les domaines du diagnostic et de la thérapeutique de la période fœtale soulève de nombreuses controverses tant sur le plan médical que sur le plan éthique.

Les risques et les avantages de cette approche doivent être précisés tant en ce qui concerne le fœtus que la mère. Celle-ci devra parfois accepter un certain risque, afin d'aider son bébé non encore né à augmenter ses chances d'avoir une vie normale et soulager par là même le fardeau que représentera pour elle l'élevage d'un enfant présentant de graves malformations.

Le diagnostic précoce des malformations congénitales, qu'il soit dans la période fœtale ou après la naissance, nous ramène de toute façon aux problèmes soulevés au début de cette présentation, à savoir celui de la qualité de la vie des enfants chez lesquels on a posé un tel diagnostic et les

implications économiques que le traitement entraîne. Ceci introduit donc dans le débat la notion du refus thérapeutique qui peut être envisagé. Il se traduit après la naissance en terme d'euthanasie active ou passive. Sans vouloir prendre position dans les débats éthiques qui opposent partisans et adversaires de l'avortement, il est tout de même bon de préciser que l'avortement provoqué pour malformations congénitales entre dans le cadre de l'euthanasie active. On connaît également à ce propos l'existence dans la trousse de certaines accoucheuses italiennes du sud, pays profondément catholique, de ces petits coussins qu'elles appliquent sur la la face de l'enfant gravement malformé à la naissance pour l'empêcher de survivre.

Le médecin, mais aussi le chirurgien, ont tendance à refuser le débat public sur leur choix thérapeutique et plus encore lorsqu'il s'agit de justifier un refus thérapeutique en se retranchant derrière leur morale personnelle. Le public, lorsqu'il n'est pas confronté directement avec de tels problèmes, aurait tendance à exiger que les décisions thérapeutiques soient prises en tenant compte de ce fameux rapport coût/avantage qui plaît tant aux économistes. Je suis persuadé qu'il nous sera toujours impossible d'établir une liste de maladies ou de malformations trop onéreuses à traiter, mais alors sur quels critères se déterminer ?

En 1959, le pape Pie XII, devant une assemblée de médecins réanimateurs, avait tenté de distinguer, parlant de l'acharnement thérapeutique, entre le recours à des moyens ordinaires de traitement et à des moyens extraordinaires, laissant entendre que seuls les premiers ne devraient en aucun cas être remis en cause. Il m'apparaît que cette approche éthique de l'acte médical est extrêmement fructueuse, car elle a d'abord un caractère universel. Elle permet en effet de s'apercevoir que l'ordinaire ou l'extraordinaire n'ont pas de valeur absolue et qu'ils se réfèrent essentiellement aux conditions locales où s'exerce l'acte médical, conditions qui varient d'une époque à l'autre et, dans le même temps, d'un lieu à un autre, qui sont modifiées par des contraintes économiques mais également par la morale, par le niveau des connaissances, par l'équipement technique. Il rappelle ainsi que la santé n'est pas sous la responsabilité du médecin et qu'elle dépend, en dernière analyse d'une option politique.

J'aimerais illustrer, par un exemple bien connu, l'intérêt de cette approche dans l'attitude thérapeutique appliquée aux malformations congénitales. L'exemple que j'ai choisi est l'évolution de nos conceptions quant au traitement des malformations du tube neural, et plus particulièrement des

myéloméningocèles, avec les complications et les séquelles qu'elles entraînent. Nous l'avons vu, leur diagnostic précoce est possible sinon pendant la grossesse, en tout cas au moment de l'accouchement et leur traitement chirurgical, à savoir la seule fermeture du canal médullaire, ne demande ni très haute technicité, ni moyens diagnostiques très sophistiqués, ni même soins post-opératoires immédiats complexes. Le traitement de l'hydrocéphalie associée, au moyen du drainage, est aussi une technique parfaitement maîtrisée. On peut donc raisonnablement affirmer qu'à notre époque, et dans nos pays, cette malformation demande le recours à des moyens thérapeutiques de type ordinaire. Il y a une quinzaine d'années, on postulait même qu'une thérapeutique chirurgicale précoce améliorerait la qualité de la survie de ces enfants tant sur le plan des séquelles neurologiques que sur celui du développement cérébral. En plus du recours à des moyens ordinaires de traitement, il semblait donc, sur le plan économique, qu'on offrait un avantage facilement exprimable en terme de qualité de survie. Le groupe de Sheffield, en Angleterre, qui le premier avait proposé cette attitude, s'est attaché au cours des années à réaliser une étude prospective donnant tous les cinq ans les résultats obtenus par rapport à ceux qui étaient escomptés. Les résultats ont été profondément décevants par rapport à la qualité de la survie, souvent grevée d'insuffisances rénales chroniques, et sur le développement intellectuel qui se révéla le plus souvent inférieur à la moyenne, ainsi que sur les possibilités d'insertion sociale restées médiocres. A telle enseigne que quinze ans plus tard, le même groupe proposait d'abandonner la chirurgie précoce de cette malformation et classait dès lors de telles indications chirurgicales dans le cadre de moyens extraordinaires. Il n'est pas inutile non plus de rappeler que durant toute cette période, dans un des pays où la fréquence de la malformation est grande, on a pu développer des techniques de diagnostic précoce nouvelles permettant de proposer dans certaines circonstances le recours à une interruption de grossesse.

Cet exemple nous montre que la différenciation entre le recours à des soins ordinaires et extraordinaires varie dans un même endroit à des époques différentes et cette analyse tient compte non seulement de la morale mais également du niveau de nos connaissances. On comprend également par un tel exemple combien sont aléatoires les analyses de type coût/avantage et donc toute réglementation dans ce domaine. En effet, les moyens financiers qui ont été nécessaires pour soutenir les études prospectives ont permis également de développer de nouveaux moyens diagnostiques et dès lors de modifier l'attitude thérapeutique.

La différenciation entre moyens ordinaires et extraordinaires doit également tenir compte des avantages obtenus par le refus ou l'acceptation de mise en train des moyens thérapeutiques. Un exemple à ce propos est celui des becs-de-lièvre, malformation représentant un handicap évident pour l'insertion sociale, lié aux problèmes esthétiques d'une malformation que l'on ne peut dissimuler et qui a en plus des conséquences sur la nutrition et sur la phonation. Il existe cependant certaines ethnies d'Asie où cette malformation est liée à une notion bénéfique et où les porteurs sont honorés de telle façon qu'une intervention chirurgicale ne pourrait que faire disparaître les avantages qu'ils retirent de leur malformation. On imagine bien dès lors que le recours à la chirurgie représenterait un moyen extraordinaire non souhaitable.

Anamnèse périnatale de la maltraitance d'enfants

P.E. Ferrier

Un tiers des « enfants battus » (trauma non accidentel) sont âgés de moins de deux ans. Ce sont surtout ces cas-là qui éclairent le problème de la maltraitance d'une lumière particulière, puisque le comportement de l'enfant à cet âge ne peut pas représenter une machination consciente de sa part à l'égard de ses parents.

Si donc on examine le film de l'existence des parents ou des mères de ces très jeunes enfants (des mères parce que ce sont elles qui les portent dans leur ventre, et qu'ensuite, ce sont elles qui ont les contacts les plus importants en fréquence et en durée avec les nourrissons), peut-être peut-on dégager des traits communs ou des faits communs significatifs et éclairants. En outre, il est possible qu'en examinant ce qui conduit à la dysfonction mère-enfant ou père-enfant, on trouvera ce qui permet le bon fonctionnement, quand tout se passe bien entre parents et enfants.

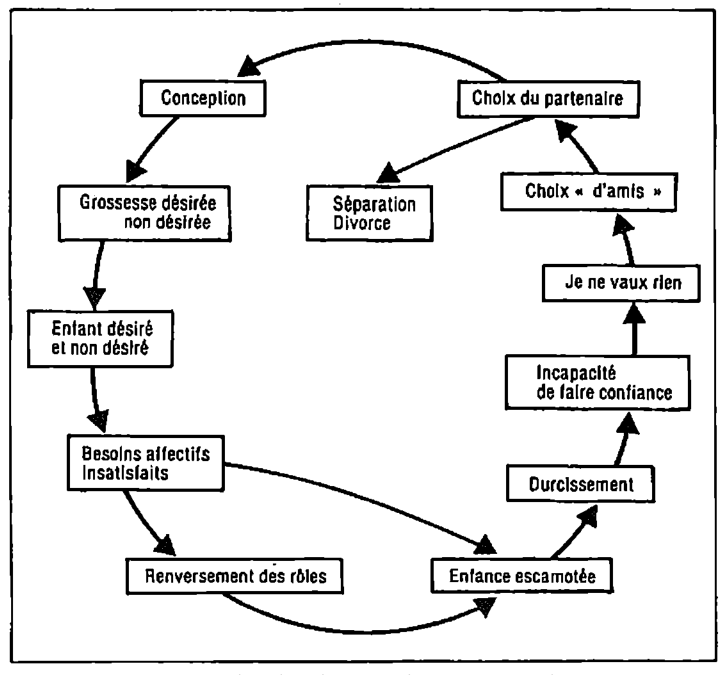
En 1971, Henry Kempe [1] disait déjà que 20 % des jeunes mères avaient de sérieux problèmes de maternage, les rendant très dépendantes du soutien de leur mari, des infirmières du dispensaire et des médecins. « De ces 20 %, une mère sur 5 peut-être ne trouve pas ce soutien dans son entourage ; dans ce cas, ou bien l'enfant est pris en charge par quelqu'un d'autre dans la famille, ou bien il souffre sa vie durant des conséquences physiques ou affectives de cette carence. Nous devons d'une façon ou d'une autre apprendre « à titrer » la quantité d'appui dont la mère a besoin pour son maternage ».

Dépistage anténatal

A notre avis, le profil de la mère à risque est très difficile à dessiner. Il est plus facile de déterminer quels sont les traits de caractère ou de personnalité du nourrisson de plusieurs mois ou de l'enfant de deux ou trois ans qui en font un « enfant-cible » que de dégager des facteurs de risque pré-

natals de valeur universelle. Cependant, il est évident que certaines grossesses sont mal vécues, que certains accouchements sont révélateurs de rejet et que les premiers jours de vie peuvent à la fois exprimer et activer ce rejet.

C.H. Kempe et R. Helfer [2] insistent beaucoup sur le cercle vicieux suivant (fig. 1).



1. *Le cycle infernal (adapté de Kempe et Helfer).*

Facteurs prédisposants proposés ou observés

On a réussi à dégager un certain nombre de facteurs qui semblent se retrouver plus souvent que normalement dans les antécédents anamnestiques de la maltraitance d'enfants. Il faut se garder cependant d'attacher trop de poids à un seul de ces facteurs, car il ne pèse pas le même poids selon les cultures, selon les pays. Les quelques éléments que nous citons nous semblent dignes de l'être parce que parmi les plus raisonnables, et provenant d'auteurs ayant une expérience indiscutable :

- familles à problèmes multiples et imbriqués [3] ;

- grossesses non désirées (par ex. trop rapprochées de la précédente) ou mal vécues (déformation du corps) [4] ;

– femme abandonnée par le père en cours de grossesse (ex : adolescente, deux facteurs adverses : son âge + l'abandon du père) ;

– la mère maltraitante en puissance a tendance à commencer à procréer à un âge plus jeune que les autres ;

– l'accouchement est plus un révélateur d'un état de rejet qui existe déjà qu'un facteur déterminant très puissant. Voir plus loin « grille de risque » ;

– la prématurité et les soins intensifs néonatals : la plupart des auteurs pensent que la prématurité est un facteur de risque certain (alors que le retard de croissance intra-utérin ne le serait pas). Les soins intensifs favoriseraient le désinvestissement. Importance du « contact précoce » [5] ;

– l'excès d'importance attribué au « contact précoce » tend à faire croire que s'il n'a pas lieu, la partie est perdue et que s'il a lieu, on n'a plus à se faire de souci. En fait, l'absence de « contact précoce » peut être compensée par un soutien approprié ; d'autre part, les liens affectifs doivent être continuellement soignés, entretenus [6] ;

– certaines naissances prématurées sont peut-être en fait l'expression psychosomatique d'un refus de l'enfant (M. Soulé cité in 4).

Placements précoces

Scénario souvent observé à Genève : l'enfant de travailleurs étrangers (père et mère travaillent), né en Italie ou en Espagne, ou même à Genève, est immédiatement confié à une grand-mère qui l'élève dans le pays d'origine. A l'âge de la crèche ou de l'école enfantine, l'enfant est repris à Genève par ses parents. Il fait corps étranger → rejet.

En France, on [4] a observé le même phénomène sous une forme différente : placements dits « sanitaires » en « Centre aéré » etc., sans que l'état de santé de l'enfant le justifie → rejet de l'enfant devenu « étranger ».

L'enfant handicapé, cité souvent dans certains écrits, n'est pas un facteur de risque dans notre (très modeste) expérience.

En revanche, le nourrisson anorexique est un facteur de risque (reproché à la mère), de la même façon celui qui pleure beaucoup.

« Si un enfant est constamment malade, c'est qu'on lui donne constamment à manger ».

Proverbe chinois

La « grille de risque » (prédiction) [7]

Prénatal

– Trop d'importance attachée au sexe du futur bébé.

– La petite perfection qu'on attend.

– La venue de cet enfant va poser des problèmes (pas de quoi se réjouir).

– Essai d'ignorer la grossesse : refus de prendre du poids, ne fait aucun préparatif, etc.

– Dépression : dort mal, fuit les contacts, indifférente.

– Tentative avortée d'avortement.

– Vient seule aux consultations prénatales, n'a pas d'amis, est isolée (adolescente abandonnée).

– Ne parle jamais positivement de sa grossesse (déformation du corps, douleurs de l'accouchement, etc.).

Signaux dans la salle d'accouchement

– Attitude de la mère à l'égard du père (« il me fait passer par ça »).

– Attitude du père à l'égard du nouveau-né.

– Attitude de la mère à l'égard du nouveau-né (ambivalente, hostile, passive, indifférente ? Désabusée sur le sexe ou l'apparence de l'enfant ?).

Signaux dans le post-partum

– Encore déçus du sexe du bébé ?

– Utilisent le prénom du bébé ?

– Mère isolée ou entourée ?

– Comment supporte-t-elle les cris et pleurs de l'enfant ?

– Dégoûtée par les renvois, les bruits de succion, les selles, les langes du bébé ?

– Déçue par les performances du bébé ?

– Cherche-t-elle le contact visuel avec le bébé, le contact physique du bébé ?

– Console-t-elle le bébé ?

– Longue liste de récriminations ?

– Suscite-t-elle des contradictions entre infirmiers, médecins, assistante sociale, etc. ?

En conclusion, notre expérience personnelle, si elle est déjà ancienne, reste fort modeste numériquement parlant. Nous n'observons peut-être ici dans ce service que les cas les plus graves. Nous avons le sentiment que dans notre population, la maltraitance d'enfants est un tel tabou, suscite un tel sentiment de culpabilité que les auteurs de sévices à enfants s'accrochent désespérément à leur récit fictif concernant les faits conduisant aux traumatismes non-accidentels. Nous sommes presque toujours en face d'un déni formidable. Il n'y a donc pratiquement jamais de demande pouvant conduire à ce qui serait logique, c'est-à-dire le soutien éducatif et la psychothérapie la plus élémentaire. Nous pensons que pour franchir cet obstacle, il faudrait patiemment et obstinément conduire un effort d'information auprès du public, notamment auprès de la jeune population, en faisant prendre conscience à tout un chacun que tout le monde est concerné et que nul n'est à l'abri de ce genre de problèmes. Il faut cesser d'utiliser des termes tels « qu'enfants martyrs » et « parents bourreaux » qui ne font que renforcer le tabou. La chose la plus importante nous semble être la prophylaxie primaire, sous forme d'aides familiales ou de crèches de crise où l'on peut déposer un enfant, ne serait-ce que pour quelques heures. Nous sommes surtout préoccupés par le sort de ceux qui ne peuvent pas appeler au secours et surtout pas par téléphone, c'est-à-dire les enfants préscolaires et les nourrissons, qui sont malheureusement aussi les plus vulnérables. La prévention secondaire, sous forme de surveillance et de contrôles fréquents, est très difficile à exercer et représente un travail infiniment ingrat.

Références

1. Kempe CH. Pediatric implications of the battered baby syndrome. Arch Dis Child 1971 ; 46 : 28-37.

2. Kempe CH, Helfer RE. The battered child 3rd ed. Chicago, London : Univ. of Chicago Press, 1980.

3. Lynch MA, Roberts J, Gordon M. Child abuse : early warning in the maternity hospital. Develop Med Child Neurol 1976 ; 18 : 759-66.

4. Straus P, Manciaux M. L'enfant maltraité. Paris : Fleurus, 1982.

5. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding. Saint-Louis : C.V. Mosby Co, 1976.

6. Lamb ME. The bonding phenomenon : misinterpretations and their implications. J Pediat 1982 ; 101 : 555-7.

7. Helfer RE, Kempe CH. Child abuse and neglect. The family and the community. Cambridge : Ballinger Publishing Co (J.B. Lippincott), 1976.

Psychosomatique du nourrisson

L. Paunier
P. Gottardi

Point de vue du pédiatre

Il y a une dizaine d'années, il aurait été très inhabituel de parler de psychosomatique du nourrisson dans une réunion médicale. En effet, selon les définitions classiques, une maladie psychosomatique est une altération d'une fonction somatique causée par un conflit psychologique. Peut-on réellement parler de psychosomatique chez le nourrisson chez qui l'état de développement permet à peine de parler de psychisme ? Si l'on prend un traité de pédiatrie comme le Textbook of Pediatrics (Nelson, édition 1979), les désordres psychosomatiques décrits sont essentiellement ceux de l'enfant et de l'adolescent, et non pas ceux du nourrisson. Ajuriaguerra, dans son traité de psychiatrie de l'enfant, définit les maladies psychosomatiques d'une manière plus large : « Les maladies psychosomatiques sont caractérisées par une désorganisation somatique passagère ou permanente, dont la genèse ou le développement comporte un déterminisme d'ordre psychologique soit actuel soit d'ordre régressif qui met en évidence des organisations psychobiologiques précoces ».

Depuis les années 1960, un grand nombre d'études ont été consacrées au nouveau-né pour mieux comprendre :

- son équipement de base,

- l'interaction entre le bébé et sa mère,

- la pathologie qui résulte d'une perturbation de l'environnement du bébé.

C'est au niveau de ce dernier point que se situe le problème des troubles psychosomatiques du nouveau-né et du

nourrisson. Les manifestations dites psychosomatiques sont presque toujours la conséquence d'une perturbation de la relation mère-enfant.

Les pédiatres avaient depuis longtemps l'intuition que beaucoup de troubles fonctionnels du nourrisson se jouaient au niveau de la relation avec la mère, mais actuellement, depuis les travaux de Spitz, de Brazelton, de Bowlby et de l'école parisienne de Kreisler, Soulé et Fein, les choses sont devenues beaucoup plus évidentes. Ces notions sont très importantes pour le pédiatre qui devra non seulement reconnaître ces manifestations psychosomatiques du nourrisson, mais surtout qui se trouve dans une situation telle qu'il pourra prévenir efficacement un trouble de la relation mère-enfant par ses contacts et son attitude vis-à-vis des parents, de la mère en particulier.

Quelles sont les manifestations psychosomatiques du nourrisson ? Elles apparaissent au niveau des grandes fonctions végétatives (tableau I). Le pédiatre doit aussi connaître les facteurs de risque, c'est-à-dire les situations où l'on peut s'attendre à un établissement difficile, voire perturbé de la relation mère-enfant. Ces facteurs de risque (voir encadré p. 180) nous amènent à parler du rôle du pédiatre dans la prévention. Le pédiatre doit apprendre à connaître les parents, à les écouter, à comprendre le sens du message renfermé dans le discours de la mère. Le pédiatre doit jouer en quelque sorte le rôle de « médiateur » entre la mère et l'enfant, rôle qui était autrefois dévolu aux membres plus expérimentés de la famille élargie. Brazelton dit que lorsqu'il exerçait sa pratique de pédiatrie générale, il passait 85 % de son temps à écouter, guider et conseiller les mères, et que 15 % de son temps était dévolu à l'examen somatique et au traitement des problèmes médicaux proprement dits.

I. *Manifestations psychosomatiques les plus fréquentes*

Troubles alimentaires	Anorexie Vomissements ou rumination Diarrhée chronique
Troubles du sommeil	Insomnie ou léthargie
Troubles du comportement	Pleurs excessifs - Coliques du nourisson Hyperactivité Troubles de la relation visuelle

RECONNAISSANCE DES FACTEURS DE RISQUES
Prématurité Anomalie congénitale ou traumatisme néo-natal - Sentiment de culpabilité des parents - Distorsion des conduites éducatives - Surcharge de la mère - Diminution des interactions mère-enfant Maladie sévère du nourrisson « Vulnerable child syndrome » Dépression maternelle post-partum Naissance difficile Naissances multiples Absence physique ou psychologique du père Problèmes conjugaux Isolement social de la famille Maladie de la mère ou d'un membre de la famille Insécurité financière Situation où l'enfant ne répond pas à l'attente des parents Fausse image de l'enfant - sexe, etc.

Pour établir cette relation privilégiée pédiatre-mère-père, il faudrait idéalement que le pédiatre s'entretienne avec les futurs parents pendant la grossesse et immédiatement après l'accouchement (Brazelton voyait « ses » mères 3 x 15 min. dans les jours suivant l'accouchement). Au cours de ces entrevues et des visites subséquentes, le pédiatre doit avoir des facultés d'écoute pour répondre à l'anxiété maternelle. Il doit expliquer à la mère les différents stades du développement psychologique du bébé, et l'influence de ces stades sur le comportement du bébé. Les parents comprendront et tolèreront mieux les pleurs du bébé, ses angoisses et ses problèmes nutritionnels.

Il faut encore dire deux mots des écueils à éviter : le pédiatre ne doit pas se prendre pour un psychiatre. Les défenses des parents sont importantes pour eux et pour l'enfant et doivent être respectées. « Creuser » trop profondément peut amener le pédiatre dans des situations psychologiques qu'il ne peut maîtriser. Si le pédiatre reconnaît l'importance des causes psychologiques dans des manifestations psychosomatiques, il ne doit pas considérer la consultation de psychiatrie comme une « punition » de la mère. Il ne faut pas se laisser enfermer dans un système dualiste psychologique ou somatique, mais garder à l'esprit les interrelations étroites et constantes du psychologique et du somatique.

Toute affection somatique du nourrisson va entraîner un trouble plus ou moins sérieux de la relation mère-enfant dont il faudra que le pédiatre s'occupe en gardant temps et disponibilité non seulement pour « donner des renseignements aux parents » mais aussi pour écouter comment eux, les parents, vivent cette maladie de leur enfant.

Après ces considérations générales, l'observation qui suit illustre bien les différents aspects des manifestations psychosomatiques du nourrisson.

S.B. est un petit garçon actuellement âgé de 13 mois. Il est né d'une mère secondipare secondigeste après une grossesse et un accouchement normaux. L'enfant est nourri au sein pendant les trois premiers mois. A l'âge d'un mois, l'enfant est hospitalisé pour une suspicion d'invagination. Pendant les quelques heures qui ont précédé son entrée à l'hôpital, il a pleuré continuellement, paraissait avoir des crises de douleurs dans l'abdomen accompagnées de selles liquides. On pratique un transit baryté qui se révèle être normal. On pose le diagnostic de coliques du nourrisson et l'enfant est renvoyé à domicile après 24 heures d'observation.

L'enfant présente alors des troubles de l'alimentation et du sommeil. L'enfant dort très peu, pleure beaucoup. Il existe une constipation et après les repas, l'enfant a des tremblements des mains et s'agite. Il est réhospitalisé pour observation à l'âge de cinq mois. Le status physique, le développement staturo-pondéral et psychomoteur sont normaux. L'enfant mange bien, a une selle normale par jour, son comportement dans le service est normal. On pense alors que les symptômes du patient peuvent être mis en relation avec un trouble de la relation mère-enfant et une consultation psychiatrique a lieu. La mère ressent en permanence une angoisse de mort à propos de son enfant, elle craint qu'il soit atteint d'une maladie grave, d'une épilepsie en particulier. La mère a vécu un événement traumatique sur le plan émotionnel au moment de la naissance de l'enfant : la naissance aurait été retardée par la sage-femme qui aurait mis sa main sur la tête de l'enfant pour empêcher l'expulsion. La mère pense que son fils a pu avoir été « endommagé » par ce geste et qu'il a une lésion du cerveau. L'entretien avec le psychiatre permet à la mère de revivre ce moment et la consultation est thérapeutique ; elle est suivie d'une thérapie brève.

L'enfant va bien pendant quelques semaines. Lorsqu'il a six mois, on introduit dans son régime des céréales contenant du gluten. Quelques semaines plus tard, réapparition de troubles digestifs avec inappétence, selles glaireuses et nauséabondes. Il est réhospitalisé à l'âge de dix mois dans un état cachectique. Parmi diverses investigations, une biopsie intestinale montre une muqueuse intestinale atrophique. On pose le diagnostic d'intolérance au gluten, l'enfant est placé sous un régime sans gliadine et depuis, il va très bien tant sur le plan psychologique que somatique.

Cette observation est troublante par bien des aspects. Les symptômes présentés par l'enfant au cours des premières semaines de vie ne peuvent pas être mis sur le compte d'une intolérance au gluten puisque l'enfant n'en recevait pas dans son alimentation. D'autre part, il existait bien un trouble de la relation mère-enfant, bien documenté par l'examen psychiatrique. Quelques semaines plus tard, l'enfant présente de nouveau des symptômes digestifs, mais dus cette fois à une cœliakie et rapidement réversibles après l'élimination du gluten du régime.

Cette observation démontre bien que, lorsque l'on s'occupe de problèmes psychosomatiques, et ceci est vrai aussi bien pour le nourrisson que pour l'enfant plus âgé, il est essentiel que le pédiatre et le psychiatre ne se laissent pas enfermer dans un système de raisonnement étroit, qu'il faut toujours remettre en question l'interprétation des symptômes cliniques. La maladie cœliaque ne fait pas partie des affections psychosomatiques mais on peut se demander si dans notre observation, les antécédents de cet enfant ne l'ont pas prédisposé à faire cette maladie.

Point de vue du psychiatre

Je me limiterai à résumer quelques aspects fondamentaux à mon avis concernant l'investigation psychosomatique du nourrisson, démarche qui intéresse à la fois le pédiatre et le pédopsychiatre. Le premier point s'adresse à l'aspect chronologique de l'apparition de ces différents syndromes, le deuxième à l'interaction réelle et fantasmatique dans la relation entre mère et enfant. Ces deux aspects nous intéressent au niveau d'un essai de conceptualisation étiologique des troubles psychosomatiques du petit enfant.

La chronologie

Dès le début des études faites concernant ces troubles du nourrisson, mais aussi de l'enfant, les auteurs ont tous relevé l'importance de l'incidence chronologique.

De nombreuses manifestations psychosomatiques tendent à survenir à des âges spécifiques, montrant ainsi combien ces troubles doivent être mis en relation avec la maturation du fonctionnement des organes et avec les caractéristiques du développement psychologique.

On peut ainsi schématiquement dresser une sorte de calendrier de ces manifestations psychosomatiques en fonction de l'âge. Autrement dit et pour citer Bertrand Cramer, il

est important de considérer les troubles psychosomatiques dans le cadre de l'évolution psycho-affective de l'enfant en reliant le symptôme à la phase particulière du développement dans laquelle se trouve l'enfant, et en tenant compte des difficultés et conflits, qui en découlent pour l'enfant, mais aussi pour la relation avec ses parents.

Interaction réelle et fantasmatique dans la relation entre mère et enfant.

Chez le nourrisson, à la structure mentale peu élaborée, l'instance défensive réservée plus tard au moi est assurée par la mère. Les fonctionnements dits physiologiques du tout-petit doivent être peu à peu investis libidinalement par la mère. C'est l'intuition et l'activité de la mère qui vont jouer un rôle fondamental dans le devenir de l'expressivité corporelle du nourrisson. On a pu dire également (Cramer) dans ce sens que la mère est dépositaire des fonctions non encore établies de l'enfant.

C'est donc dans l'adéquation des réponses de la mère aux besoins physiologiques du nourrisson que réside l'harmonie du fonctionnement, de leur inadéquation découlent la pathologie, l'altération de la déviation des fonctions fondamentales (appétit, absorption alimentaire, évacuation intestinale, respiration...).

L'interaction réelle mère-enfant peut être appréhendée directement lors de l'examen clinique ou durant l'hospitalisation (moments que la mère passe avec son enfant en présence de l'infirmière). L'investigation peut ainsi mettre en évidence certaines formes d'interactions (anomalies) concernant la qualité des stimulations, les contradictions, les manques, les excès. Cette démarche aboutit à une véritable sémiologie de la relation.

L'interaction réelle et fantasmatique mère-enfant et leur vicissitude peuvent être également mises en évidence lors de ce moment fécond que représente la prise de l'anamnèse personnelle de l'enfant, l'anamnèse de la symptomatologie actuelle (c'est-à-dire les événements qui ont marqué la conception, la grossesse, l'accouchement, les suites immédiates et secondaires et le déroulement des symptômes).

Il s'agit donc de découvrir les aléas de l'investissement du bébé par la mère dans l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se déroulent autour de la maternité.

Une dynamique psychologique essentielle de cette phase résulte d'un mouvement régressif qui porte la mère à retrou-

ver dans son bébé ce qu'elle fut autrefois, ce que sa propre mère fut pour elle dès l'âge le plus tendre (image de la mère réelle ou idéalisée). C'est ainsi que la mere va rejouer avec son enfant les aspects agréables, mais aussi les conflits et angoisses qui fondaient cette relation première. Ajoutons, pour citer encore une fois Bertrand Cramer, l'existence du fantasme d'appartenance du corps de l'enfant à celui de la mère (fantasme de symbiose corporelle), fantasme plus ou moins conscient et d'une extraordinaire puissance. Les mères décrivent bien que le fœtus, puis le nouveau-né et le nourrisson sont perçus par elles comme une partie d'elles-mêmes, au niveau psychologique et physique. Cette indistinction relative est le fondement des projections que la mère opère sur l'enfant, faisant de ce dernier le réceptacle de contenus psychiques maternels. Lorsque ces contenus sont conflictuels, on peut assister à l'efflorescence de symptômes psychosomatiques chez l'enfant.

Il nous paraît donc important de souligner que tout symptôme psychosomatique doit être abordé dans le cadre de la relation mère-enfant qui forme un tout psychosomatique.

La consultation telle que nous l'avons suggérée est un instrument d'observation et de réflexion entre pédiatre et pédopsychiatre, sans jamais perdre de vue le double projet à la fois clinique et thérapeutique, pour un traitement ultérieur à court ou long terme, sans oublier la valeur thérapeutique immédiate de l'investigation elle-même. Une ou quelques rencontres peuvent suffire à débloquer une situation. On peut, par des conseils ou des psychothérapies brèves, enrayer des symptômes qui ont en eux-mêmes des retombées très destructurantes sur la relation mère-enfant. Les thérapies brèves mère-enfant peuvent s'avérer suffisantes, parfois la thérapie brève mère-enfant peut constituer une voie d'entrée à une psychothérapie à plus long terme . La différence entre ces deux groupes de traitements n'est nullement donnée par la symptomatologie clinique, mais par des configurations dynamiques de la relation mère-enfant et par la nature de la relation que les mères établissent avec le pédiatre, le psychiatre (pré-transfert).

Pour en savoir plus

Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris : Masson, 1970.

Bowlby J. Attachment and Loss. New York : Basic Books, 1973.

Brazelton TB. Anticipatory Guidance. Ped clin N Am 1975 ; 22 : 533.

Cramer B. Troubles psychosomatiques du point de vue de la relation mère-enfant. Med Hyg 1977 ; 35 : 324.

Kreisler L, Fain M, Soulé M. La clinique psychosomatique de l'enfant ; à propos des troubles fonctionnels du nourrisson : coliques idiopathiques du premier trimestre, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissement. Psychiatr Enfant 1966 ; 9 : 89.

Kreisler L, Fain M, Soulé M. La clinique psychosomatique de l'enfant. Les états frontières dans la nosologie. Psychiatr Enfant 1967 ; 10 : 157.

Nelson. Textbook of Pediatrics. Philadelphia : Saunders, 1983 (Behrman RE, Vaughan VC, eds).

Spitz R. Anaclitic depression. In : Eissler RS, ed. Psychoanalytic Study of the Child. Vol. II. New York : International Universities Press, 1945.

Relation des parents avec leur enfant né prématuré

A. Calame

Environ 75 % des enfants nés prématurément doivent être hospitalisés après leur naissance dans une unité néo-natale spécialisée. La duré de leur hospitalisation va varier bien sûr en fonction de leur poids de naissance et des complications néo-natales qu'ils peuvent présenter. Dans un service comme celui de Lausanne, la durée moyenne de l'hospitalisation est de l'ordre d'un mois.

L'hospitalisation du prématuré a pour conséquence, dans la quasi-totalité des cas, une séparation parents-enfant et cette séparation entraîne chez les parents une série de réactions parmi lesquelles il faut citer un sentiment de frustration, les parents ne pouvant s'occuper personnellement de l'enfant, un sentiment d'échec surtout ressenti par la mère qui se considère comme ayant été incapable de mener à bien une grossesse, des sentiments d'anxiété en raison de la brièveté du contact entre les parents et l'enfant avant le transfert, des questions quant à son état de santé et des soucis quant à son pronostic immédiat et à long terme. Enfin le développement des soins intensifs néo-natals a créé un certain nombre de barrières artificielles entre les parents et l'enfant. Les différents appareils destinés à la surveillance ou au traitement du prématuré en soins intensifs, forment un environnement impressionnant pour les parents et constituent autant d'obstacles souvent difficiles à franchir.

Dès le début des années 70, à la suite de toute une série de travaux, particulièrement de Marshall Klaus et de son équipe, différents auteurs ont insisté sur l'importance des premières heures de vie dans l'établissement de la relation parents-enfant et ont souligné les effets possibles à long terme d'une séparation précoce et prolongée. Comme nous l'avons vu lors d'une naissance prématurée, dans la majorité des cas cette séparation est malheureusement nécessaire. Dans le but de limiter les effets de cette séparation, la plupart des unités néo-natales ont ouvert leurs portes dès le début des années 70, ont engagé les parents à venir visiter leur

enfant et ont pris des mesures pour stimuler l'établissement de la relation parents-enfant.

Il est reconnu que dans certaines situations, particulièrement graves, l'ouverture des unités néo-natales et la stimulation de la relation parents-enfant ne sont pas suffisantes, particulièrement lorsque les maladies que développe le prématuré sont sérieuses ou lorsqu'il présente un handicap d'origine prénatale, périnatale ou post-natale ou enfin lorsqu'il existe un risque social ou familial important. Dans ces situations, des mesures supplémentaires doivent être prises pour assurer un soutien des parents pendant la période néonatale et ensuite lors de la prise en charge à long terme.

Qu'en est-il lorsque le prématuré ne présente pas de pathologie ou présente des complications modérées ou mineures avec une évolution favorable et un développement ultérieur normal ? Dans ces conditions les mesures habituellement prises sont-elles suffisantes ou est-il nécessaire de les compléter par un programme de soutien périnatal et postnatal ? Pour essayer de répondre à cette question, nous avons étudié l'établissement de la relation mère-enfant et l'évolution de cette relation au cours de la première année de vie dans deux groupes d'enfants.

Le premier groupe est constitué de 40 prématurés issus d'une grossesse unique, leur âge de gestation est de 31 semaines, leur poids de naissance moyen de 1 556 g, la proportion des garçons et des filles est à peu près identique, la durée moyenne de leur hospitalisation est de 36 jours, il y a une prédominance de Suisses par rapport aux étrangers (tableau I). Aucun de ces prématurés n'a présenté de pathologie

	Contrôles	Prématurés
Nombre	40	40
Age gestation moyen (Semaines)	39,2 ± 1	31,7 ± 2
Poids de naissance moyen (Grammes)	3 335 ± 430	1 556 ± 280
Sexe de l'enfant ♂	19	22
♀	21	18
Durée hospitalisation (Jours)	Ecart : 3-9 Moyenne : 5,7	Ecart : 13-79 Moyenne : 36,8
Nationalité Suisse	29	27
Etrangère	11	13

majeure durant la période néo-natale, tous ont eu une évolution sans complication et leur développement s'est fait ensuite parfaitement normalement. Nous avons comparé ce groupe avec un groupe contrôle constitué de 40 enfants nés à terme, avec un poids de naissance moyen de 3,335 kg, après une grossesse et un accouchement normaux. Ces enfants sont nés à la Maternité de Lausanne et ont bénéficié des conditions de stimulation de la relation parents-enfant.

La proportion des garçons et filles n'est pas significativement différente, la durée de l'hospitalisation est de l'ordre de cinq à six jours et on constate une prédominance des Suisses par rapport aux étrangers.

Pour tous ces enfants, les données médicales anté-, péri- et post-natales ont été collectées de manière standardisée, de même que les résultats des enquêtes psycho-sociales destinées à apprécier l'établissement de la relation parents-enfant durant la période néo-natale d'une part et la qualité de cette relation après une année de vie. Une première enquête psycho-sociale a été effectuée par une assistante sociale, spécialement attachée à ce travail, d'abord durant la période néo-natale avec pour but de définir le profil psychologique de la mère, le vécu de sa grossesse, de son accouchement, de la période néo-natale ainsi que différents paramètres sociaux, éducationnels et économiques. L'indice de Graffar a été utilisé pour caractériser ces points. Une deuxième enquête psycho-sociale a été faite à domicile après une année avec le but d'évaluer l'organisation familiale, les relations parents-enfant ou plus spécifiquement mère-enfant, car les pères n'ont pas pu être interviewés de manière systématique. A la suite d'un entretien libre, d'un questionnaire et d'une observation standardisée, un certain nombre de difficultés maternelles ont été recensées, difficultés qui entraînaient des problèmes dans l'établissement de la relation mère-enfant. Ces observations ont été complétées par celles faites au cours de la première année par les médecins traitants et par les puéricultrices et infirmières de santé publique.

Voici les résultats obtenus : dans le groupe des mères-contrôles (tableau II), on constate que 80 % ont établi une relation mère-enfant parfaitement normale et que 20 % ont présenté des difficultés, essentiellement sous la forme d'une fatigue durable, rendant difficile la réalisation des différentes tâches qu'elles avaient à assumer. Lorsque l'on considère le groupe des mères d'enfants prématurés, on constate que plus de la moitié, soit 57,5 %, présentent des difficultés durables, entraînant des problèmes dans le développement de la relation mère-enfant. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont une anxiété persistante avec des phé-

II. *Qualité de la relation mère-enfant durant la première année de vie.*

Qualité relation	Mères contrôles	Mères de prématurés	
Normale	80 %	42,5 %	
Difficultés	20 %	57,5 %	
• Fatigue	20 %	22,5 %	NS
• Anxiété	12,5 %	32,5 %	< 0,02
• De maternage	5 %	25 %	< 0,01
• Dysharmonie conjugale	10 %	20 %	NS
• Attachement	2,5 %	7,5 %	< 0,05
• Dépression	0 %	12,5 %	< 0,02

nomènes de surprotection, des difficultés de maternage, rendant difficiles les soins et l'alimentation de l'enfant, des troubles de l'attachement dans lesquels la mère a de la peine à reconnaître l'enfant comme étant le sien, ainsi que des symptômes de dépression, non pas seulement dans le post-partum mais durables tout au long de la première année de vie et gênant la dynamique familiale et le développement de la relation mère-enfant.

Nous avons étudié toute une série de paramètres familiaux, sociaux et économiques dans le but de repérer les facteurs environnementaux susceptibles de perturber le développement de cette relation mère-enfant. Nous n'avons pas trouvé dans ces deux groupes de différences significatives pour les différents paramètres étudiés, à l'exception du fait que les mères de prématurés travaillent plus fréquemment que les mères du groupe contrôle tant pendant la grossesse qu'après la naissance de l'enfant. Il faut relever encore que dans les troubles les plus sérieux comme les troubles de l'attachement, le non désir ou même le refus de la grossesse est un paramètre fréquemment rencontré, suggérant que la situation psychologique précédant la grossesse joue certainement un rôle important.

Lorsqu'on réalise la fréquence de troubles durables dans le développement de la relation parents-enfant, même dans des situations où le prématuré n'a pas présenté de complications importantes et a évolué de façon parfaitement normale et lorsque l'on sait qu'à partir de 32 semaines de gestation, la survie néo-natale du prématuré est pratiquement identique à celle des enfants à terme, il est important de se poser un certain nombre de questions quant à l'encadrement des parents pendant la grossesse, pendant la période néonatale et ensuite après la sortie de l'hôpital. Plusieurs centres de périnatalogie en Europe et aux Etats-Unis ont développé

ce que l'on appelle couramment des « perinatal coaching program », c'est-à-dire des programmes destinés à soutenir les parents dont l'enfant doit être hospitalisé à la naissance.

Le tableau III indique le programme adopté à Lausanne, qui comprend des visites pédiatriques prénatales, au cours desquelles le médecin peut répondre aux questions des parents sur la prématurité, sur la prise en charge d'un enfant né prématuré. Il comprend un réseau de liaisons entre la mère hospitalisée et son enfant hospitalisé, bien sûr par le canal des médecins et des infirmières mais également par le canal d'un personnel non soignant en l'occurrence une assistante sociale particulièrement expérimentée dans les problèmes de la relation parents-enfant ; cette assistante sociale discute d'une part de manière informelle avec les parents, et d'autre part récolte des données systématiques. Elle joue un rôle de soutien pour le père qui, durant cette période où la mère est hospitalisée, doit jouer le rôle de messager.

Comme beaucoup d'autres centres, nous donnons à la mère une photographie de son enfant. Un autre point

III. *Programmes destinés à soutenir les parents dont l'enfant doit être hospitalisé à la naissance.*

« Perinatal coaching program »	• visites pédiatriques prénatales. • liaison mère hospitalisée-enfant hospitalisé. • accompagnement des parents dans l'unité néonatale (équipe soignante). • discussion avec le personnel non soignant (assistante sociale). • enseignement des soins. • préparation à la sortie. • « follow-up ».
« Perinatal and postnatal coaching program » (Lausanne)	• liaison obstétrique-néonatalogie : visites prénatales ou néonatales communes (1 fois par semaine). • « colloque social néonatal » (1 fois par semaine) : médecins, infirmières, assistantes sociales, puéricultrices, infirmières visiteuses. • liaison néonatalogie-étude prospective (« follow-up ») (2 fois par mois) : pédiatres du développement, psychologues, logopédistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales, puéricultrices, infirmières. • discussions structurées avec parents : période néonatale et au moins : 6 mois, 12 mois, 18 mois, 3 ans, 5 ans. • continuité hôpital-maison : médecin, infirmières, assistantes sociales.

important est l'organisation de l'accompagnement des parents dans l'unité néo-natale ; il est important que l'équipe soignante rassure les parents, leur explique ce qu'on fait à leur enfant, quelle est la signification des différents appareils entourant l'enfant, il est important que cette équipe soignante puisse aussi écouter les parents. L'enseignement des soins aux parents doit se faire précocement et de manière structurée et il va bien sûr constituer un des éléments importants de la préparation à la sortie. Cette préparation à la sortie doit se faire assez tôt, car il est nécessaire de vérifier la compétence des parents, il est nécessaire de mettre en place les structures d'accueil à domicile et d'assurer une continuité hôpital-maison. Enfin nous pensons qu'il est essentiel, dans le cadre du « follow-up » des prématurés, de ne pas seulement aborder les problèmes médicaux, neurologiques ou développementaux, mais d'apprécier également l'évolution du développement de la relation parents-enfant et de réévaluer à intervalles réguliers l'état de cette évolution et de faire le point du vécu des parents aux différents moments de cette évolution.

La deuxième partie du tableau III montre l'organisation du programme de soutien des parents utilisé à Lausanne. Il existe premièrement une liaison obstétrique-néonatalogie structurée. Ensuite nous avons une réunion hebdomadaire appelée colloque social néonatal, dans lequel est effectuée une synthèse pluridisciplinaire sur le plan de l'établissement de la relation parents-enfant, sur le plan familial, sur le plan social et économique. Dans ce colloque, se prépare la sortie de l'enfant et se fait la liaison entre les différents intervenants. Enfin nous avons une liaison néonatalogie - « follow-up » lors d'un colloque qui a lieu deux fois par mois. Il s'agit d'un colloque pluridisciplinaire également, dans lequel nous faisons la synthèse de l'évolution du prématuré, contrôlé par le Service Prospectif, non seulement sur le plan médical mais également sur le plan familial.

Nous pensons que des discussions structurées avec les parents sont nécessaires non seulement dans la période néonatale mais également lors des contrôles de « follow-up ». Nous entendons par discussions structurées, des entretiens avec les parents où le médecin, l'infirmière ou la psychologue ne donne pas seulement des renseignements sur l'état de santé de l'enfant ou sur son développement, mais aborde avec les parents des problèmes plus fondamentaux portant sur les causes, la signification et les implications que peuvent avoir les problèmes présentés par le prématuré durant la période néonatale ou ultérieurement au cours de son développement.

L'établissement d'une continuité hôpital-maison est un

problème pluridisciplinaire et dans les situations où l'enfant présente un handicap, nous disposons d'assistantes sociales spécialisées dans ce domaine qui veillent à la continuité et à la coordination des différents intervenants.

La pratique de la médecine néonatale sans contrôle de ses effets est un non-sens ; la mortalité néonatale est un paramètre insuffisant pour apprécier les effets de la médecine néonatale et un follow-up à long terme est indispensable. Dans de nombreux centres, l'évaluation du développement neurologique, intellectuel et psychomoteur, fait partie de ce « follow-up » à long terme.

Cependant, à côté de ces problèmes médicaux et développementaux, il est essentiel de s'intéresser à la maturation émotionnelle et affective de la famille, afin de pouvoir adopter une attitude adéquate dans chaque cas et afin de pouvoir évaluer progressivement les effets des programmes de soutien périnatal. Il est important de se rappeler que contrairement à un handicap physique ou à un handicap mental, des perturbations importantes sur le plan relationnel, à l'intérieur d'une famille, ne sont nullement évidentes et se détectent souvent extrêmement tardivement et trop tard. Une attention particulière à ces problèmes, dans des situations à risques, telle une naissance prématurée, devrait permettre d'améliorer les mesures de prévention et d'éviter souvent des évolutions psychosociales désastreuses.

Les parents de l'enfant prématuré pendant la période d'hospitalisation de leur enfant dans l'unité de néonatalogie

G. Lacourt

Parler des parents de l'enfant prématuré, c'est parler des sentiments qu'ils éprouvent, des comportements qu'ils manifestent, en réaction à une atteinte très profonde de leur être par la naissance de leur enfant « inachevé », ainsi que des relations que, dans ce contexte, ils créent avec lui. C'est aussi considérer la fonction primordiale de l'équipe soignante (médecins, infirmières) dans le soutien de ces parents en détresse, qui vont vivre en contact très étroit avec elle le début de la vie de leur enfant.

Lignes de force

Il n'est pas question de généraliser un comportement type de ces parents, tous n'éprouvant pas les mêmes angoisses, n'ayant pas les mêmes mécanismes de défense ni les mêmes perceptions de cette période de crise. Il existe cependant des lignes de force traversant la période d'une naissance normale, exacerbées par un accouchement prématuré :

- la temporalité,

- la séparation précoce et prolongée,

- la substitution de l'équipe soignante au couple parental,

ceci dans un contexte où à la joie attendue de la naissance se substituent des fantasmes de maladie ou de mort. Ces trois éléments-clés vont, au départ, caractériser l'interaction couple-enfant.

La temporalité : tout va trop vite

La mère n'a pas eu le temps de se préparer à ce qui arrive soudainement, au travail de l'accouchement, souvent l'accouchement est trop rapide, ou une césarienne pour épargne fœtale est pratiquée. Il y a ainsi peu de prise de conscience par la mère de la *réalité* de la naissance de son enfant, surtout en cas de césarienne, ce qui provoque un sentiment de flou et d'irréalité. La temporalité est pourtant une dimension essentielle de la maternité. Le travail parturient est un élément structurant, ainsi que la présence d'un nouveau-né aux côtés de la mère (Carel). Parfois, l'enfant n'a pas eu le temps d'être inscrit dans l'univers imaginaire de la mère, et certaines femmes, surtout les primipares, ont l'impression d'être encore enceintes après l'accouchement.

La séparation enfant-parents précoce et prolongée

Le prématuré est « enlevé » tout de suite, sans que la mère ou le père ne puissent le voir ou le toucher, ou bien le contact est trop bref, car il existe un danger pour la vie de l'enfant. Dans la plupart des centres de néonatalogie, ce n'est que le lendemain, au mieux, qu'ils pourront voir ou toucher leur enfant. De nombreux travaux ont souligné l'importance des contacts des premières minutes et heures suivant l'accouchement, période très sensible où une séparation *corporelle* prolongée peut modifier pendant de nombreux mois l'interaction couple-enfant. De plus, lorsque la mère voit enfin son enfant, il ne correspond pas aux représentations inscrites dans son imaginaire. Elle est souvent déçue. Elle le trouve généralement laid, trop petit, fripé, inachevé. La réaction du père est identique. Ils ont peur que l'enfant soit « malformé » puisque « mal fini », et ils ont peur qu'il meure.

L'équipe soignante se substitue temporairement au couple parental

La mère (le père aussi mais différemment) a tissé un lien fort avec son enfant pendant la période de gestation, et il lui est enlevé pour être confié à d'autres, devenant « la propriété de l'hôpital ». La période post-natale est très importante et il est *nécessaire* que la mère puisse *toucher* son enfant et participer activement à ses soins, renouant ainsi son lien avec lui et renforçant la création d'un sentiment de continuité si important dans la suite de leurs relations, suscitant un comportement d'attachement.

Sentiments ambigus

A ces lignes de force caractérisant la naissance prématurée s'ajoutent chez les parents des sentiments divers et ambigus, faits de frustration, de culpabilité, d'échec, de blessure narcissique, de deuil et d'agressivité. Tous ces sentiments s'expriment par des phrases stéréotypées.

Frustration

Mon enfant est parti trop tôt. Je ne l'ai pas. Il n'est pas né. Personne ne me rend visite à la maternité. Puis-je envoyer des faire-part ?

Il existe donc également un manque de gratification sur le plan social.

Culpabilité

Qu'ai-je fait pour en arriver là ? J'ai bu un verre de cognac de trop. J'aurais dû me reposer au lieu de voyager. J'ai eu trop de contacts sexuels pendant ma grossesse. Je me suis faite avorter plusieurs fois avant cette grossesse.

Blessure narcissique

Je ne suis pas capable d'être une bonne mère. Pourquoi suis-je incapable d'aller jusqu'au bout de ma grossesse ? Cela veut dire que mon corps est mal fait.

Toutes les femmes se posent des questions sur la normalité de leur faculté de procréation. La prématurité comporte, par cette blessure narcissique, un large affect dépressif et les mères se remettent en général très difficilement du sentiment d'échec « collé » à cet enfant qui devient une marque objectivable de ce sentiment.

Angoisse

Est-ce qu'il va mourir ? (surtout s'il existe des manifestations pathologiques, une réanimation a été nécessaire, ou si l'enfant est de très faible poids). Gardera-t-il des séquelles ? Est-il anormal ?

Tout ceci entraîne un mécanisme de défense: le *deuil* anticipé par lequel les parents se préparent à la mort de leur enfant au lieu de l'investir de vie, de se réjouir. Ils auront ensuite de la peine à le réinvestir s'il meurt ainsi dans leurs fantasmes.

Ce deuil fait souhaiter aux parents que leur enfant meure, ce qui augmente encore leur sentiment de culpabilité. Cette ambivalence est normale, qui mêle la tendresse-amour et l'hostilité-agressivité liées à la frustration et à l'angoisse imposées par l'enfant. Cette ambivalence peut conduire plus tard au syndrome de l'enfant battu dont souffre très fréquemment l'enfant prématuré. Les parents peuvent en vouloir « à mort » à cet enfant, qui est la marque visible de leur échec ; qui pendant longtemps leur sera signifiée par la famille ou l'entourage. Chaque parent attend quelque chose de ses enfants et l'altruisme dans cette relation n'existe pas !

Ainsi, non seulement l'enfant prématuré subit des agressions biologiques mais également psycho-affectives, à court et à long terme.

Rôle de l'équipe soignante

Le rôle de l'équipe soignante dans ce contexte est complexe, devant à la fois mettre l'accent sur l'urgence et l'efficacité des soins physiques, parant d'abord au plus pressé, et accueillir les parents pour rendre leur réunion à l'enfant la plus intime possible. Bien accueillir les parents qui sont dans un sentiment de flou et d'irréalité, c'est leur donner une bonne orientation sur la situation présente et future de leur enfant et favoriser, quel que soit son état, un contact physique avec lui. Le rôle du pédiatre est d'informer les parents et de répondre aux questions qu'ils peuvent spontanément poser. Il est également très important de leur expliquer la fonction des différents appareils qui entourent l'enfant. Il est bon que l'information aux parents soit donnée simultanément par l'infirmière et le pédiatre. Ceci crée un sentiment de confiance, car ils reçoivent ainsi une information identique et ne recherchent pas à faire des recoupements qui ne peuvent qu'augmenter leurs sources d'angoisse. Souvent, les parents n'osent pas poser de questions, car ils ont peur de faire face à la situation. Il faut donc aller vers les parents qui restent en retrait.

A chacune de leurs visites à l'enfant, il faut les renseigner sur son état et son comportement: ses pleurs, sa prise pondérale, sa couleur, sa respiration, ses progrès. Il faut savoir être positif dans la mesure du possible et garder pour soi les craintes liées à la connaissance médicale de l'évolution à court ou à long terme, lorsque ces craintes ne sont pas objectivables.

Les visites à l'enfant doivent être autorisées 24 heures sur 24. En effet, on remarque que très souvent une question retenue à un moment de la journée peut être exprimée quel-

ques heures plus tard. Ceci favorise l'écoute des parents par l'équipe soignante, qui peut leur faire réaliser la normalité de leurs sentiments ambivalents. Il faut encourager les parents à toucher leur enfant et les faire participer aux soins dès que possible. Ceci tend à effacer les représentations angoissantes qu'ils se font de l'enfant, à leur faire réaliser qu'il est entier et présent, et qu'il est bon de le toucher, de le caresser, de lui parler. L'équipe soignante doit encourager la mère à tirer son lait pour nourrir son enfant. Ainsi un lien supplémentaire avec l'enfant se crée, car cela donne le sentiment de « bonne mère nourrissante et bienfaisante ».

Lorsque l'enfant est prêt à être sorti de la couveuse, on doit faire une véritable fête, car de nombreuses mères réalisent seulement à ce moment-là, quand elles prennent leur enfant dans leurs bras, qu'il leur appartient. C'est un moment émouvant, restructurant, à marquer comme il se doit. C'est, comme l'expriment bien des mères, une deuxième naissance : la vraie. Le fait que les spécialistes mettent l'enfant dans leurs bras signifie : « Tu n'es pas mortifère ».

Enfin, quand vient le moment de la sortie de l'enfant du service de néonatalogie, les parents doivent avoir eu de très fréquentes occasions de donner des soins à leur enfant, de le baigner, de le nourrir et de jouer avec lui. Le personnel soignant doit pouvoir discerner si les parents sont capables, à leur retour au foyer, d'assurer la continuité des soins. Sinon l'échec est quasiment assuré. Une aide à domicile pendant les premières semaines est souvent proposée et presque toujours acceptée par les parents. Avant la sortie de l'enfant, l'équipe soignante doit s'assurer que l'interaction parents-enfant est adéquate. Sinon, on confiera ces familles aux soins d'une guidance infantile.

Après le départ de l'enfant, l'équipe soignante doit pouvoir être atteinte jour et nuit pour répondre aux différents problèmes auxquels les parents peuvent être confrontés.

La néonatalogie doit dépasser sa conception de « conservation » de la vie d'enfants prématurés très fragiles. Les équipes soignantes doivent être également et surtout concernées par la qualité globale de survie de ces enfants. Cette qualité ne peut être assurée que par l'établissement d'une bonne interaction enfant-couple. La prise en charge des parents et de leurs problèmes est lourde et difficile mais, plus encore que les soins de réanimation, elle est la meilleure garantie de cette qualité de survie vers laquelle doivent tendre nos efforts.

De l'allaitement

Suzy Duberg

Avec un petit bagage d'obstétrique, avec un petit bagage « psy », je tente de répondre aux multiples demandes des femmes qui allaitent. Elles ont accouché il y a quelques jours, elles sont encore à la maternité, elles vont partir : brèves rencontres. Et puis l'allaitement, ce n'est pas une question de vie ou de mort. Mais au fait de quoi est-il question lorsqu'il est question d'allaitement ? Quel est donc l'enjeu ? S'agit-il du bon fonctionnement d'un organe producteur de lait ? Du bon fonctionnement du tube digestif du bébé, récepteur de ce lait ? Certainement, mais il n'est pas question uniquement de cela. Dès lors que deux êtres sont en présence, la nature même de l'objet à considérer change : à l'adéquation de l'adaptation « organique » s'ajoute celle de tous les gestes, de tous les regards, de toutes les paroles, de toutes les attentes, de tous les silences, de tous les désirs, constamment modulés par l'un et par l'autre, en perpétuel devenir, inscrivant par là-même la marque du temps. Lorsqu'il est question d'allaitement, c'est de relation qu'il est question.

Pour situer les « cas » qui font l'objet de cet exposé, je vais d'abord rapporter les résultats d'une enquête faite à la maternité de Genève en 1980 et 1981. Sur la population de femmes accouchant dans le Service d'obstétrique, on compte 90 % de femmes qui décident d'allaiter leur enfant. Ce chiffre est certainement artificiellement gonflé par l'enquête elle-même : l'intérêt porté à l'allaitement lors du premier entretien de l'enquête a servi d'étayage à la prise de conscience et à la réalisation des désirs d'allaitement les plus fragiles. Parmi les femmes qui demandent d'emblée un sevrage, on trouve de nombreuses femmes qui n'ont pas elles-mêmes été allaitées ou pour lesquelles un précédent allaitement a été vécu comme un échec. Si l'on ne tient donc compte que des femmes composant ce 90 %, la moitié d'entre elles rencontrent, lors des cinq premiers jours post-

partum, des difficultés diverses : engorgement, crevasses, « pas de bouts », enfant qui tête mal, pas de lait (1). Le personnel du post-partum, nurses, infirmières, sages-femmes et médecins parviennent en général à aider les femmes à surmonter ces difficultés. J'étais moi-même appelée en consultation par environ 5 % des femmes qui avaient choisi d'allaiter. Dans tous ces cas, dans la mesure du possible, mon intervention avait lieu au moment de la tétée, ce qui permet une observation d'un maximum d'éléments et facilite la précision du niveau où se situe l'accroc dans le déroulement de l'allaitement.

Dans environ 4 % des cas, mes interventions apportaient l'aide prévisible : une facilitation de l'allaitement souhaité par la mère. Dans 1 % des cas, cela aboutissait à un sevrage. Au fil de ces consultations, ce qui fondait la différence entre ces deux groupes de femmes devint une question d'importance croissante. En effet, cette différence ne semble liée ni aux types de difficultés rencontrées, ni à l'anamnèse obstétricale. Elle me semble être davantage liée à la nature de la demande qui m'était faite et à la constellation relationnelle autour de la mère.

Dans les cas du premier groupe mes interventions pourraient se répartir en trois types d'intervention.

Fréquemment celles-ci se limitaient à offrir des conseils : comment tenir le bébé, utiliser ou non une crème sur les mamelons, quel horaire respecter, celui d'une montre ou celui de l'enfant ? Outre le fait d'offrir quelque chose de l'ordre d'un savoir, ce type d'intervention avait une fonction d'encouragement, de reconnaissance et d'approbation de la mère.

Dans nombre de cas, mes interventions se basaient directement sur ce que je percevais des problèmes relationnels observés pendant une tétée, quelle que soit la difficulté nommée. Ainsi les questions visant la prise de conscience de l'état de bien être, tant de la mère que de l'enfant, ouvraient des perspectives nouvelles (avez-vous l'impression que votre enfant est confortablement installé ? et vous ? Comment pourriez-vous faire pour le savoir ? Comment pourriez-vous faire pour que cela soit mieux ? etc.). L'infime distance

(1) Il est intéressant de noter la non-reconnaissance d'une entité clinique : l'absence de sortie du lait. L'éjection du lait dépend de l'ocytocine. L'arc réflexe, qui aboutit à la libération de cette hormone est complexe et peut être inhibé par la douleur, l'angoisse, la distraction. La conséquence de la fragilité de ce réflexe est la stagnation du lait dans les canaux galactophores, ce qui aboutit rapidement à un sevrage spontané. L'ocytocine est également responsable des sensations de picotements au niveau des seins, sensations qui peuvent être perçues comme plaisantes ou désagréables et lie donc l'allaitement à un vécu corporel intéroceptif, également plus ou moins imprégné de culpabilité.

ainsi glissée entre la mère et son enfant offrait à l'un comme à l'autre la possibilité de l'ébauche d'une relation, s'étoffait de la possibilité de percevoir et de répondre aux besoins de l'autre. Un exemple : une femme tient son enfant, avec douceur, sans heurt apparent ; l'enfant est tranquille, mais refuse de téter avec une obstination étonnante. Dès que la mère insiste, il pleure. Cette femme parlait beaucoup, avec légèreté, à ses voisines de chambre, au personnel, à moi. Finalement elle me glisse qu'elle trouve son enfant moche. Je lui suggérai alors, à son grand étonnement, d'en parler à son enfant puisqu'après tout il était le premier concerné. L'effet fut tout à fait surprenant : en fait, elle ne l'avait pour ainsi dire jamais vraiment regardé et elle ne lui avait jamais parlé non plus. Lorsqu'elle put faire l'un et l'autre, dans un flot de larmes et d'émotions, l'enfant accepta progressivement de téter.

Dans d'autres cas, mes interventions étaient plus proches de l'interprétation. Deux exemples : Le premier : une nurse m'appelle, très alarmée elle-même, car une femme vient de « tirer à la machine » un verre entier de sang. Cette femme se plaint de violentes douleurs au sein et refuse d'y remettre son enfant. Après avoir exclu une pathologie organique plus grave que la rupture d'un capillaire, nommé le fantasme de cannibalisme, la peur que l'enfant mange sa mère sans se satisfaire de son lait, l'allaitement put reprendre. Le second : une femme a accouché quelques jours après la mort de son père. Elle ne peut allaiter. Au fil de l'entretien il devient clair pour cette femme que c'est parce qu'elle était enceinte qu'elle n'a pas pu s'occuper suffisamment de son père, qu'elle n'a pas pu le sauver peut-être. Elle est fautive, son enfant est fautif. Une fois élaborée, cette culpabilité perdit rapidement son impact paralysant et l'allaitement devint possible.

Dans tous les cas de ce premier groupe j'avais affaire à la mère et à son enfant avec un présupposé implicite : que la dyade mère/enfant est déjà constituée et par voie de conséquence, que la demande qui m'est faite est celle d'une aide pour son amélioration et non pour sa constitution.

Rien, je l'ai précédemment précisé, ne distingue le premier groupe du deuxième groupe en ce qui concerne les difficultés nommées. Mais quelles que furent mes interventions, je fus impuissante à empêcher les mères d'échouer dans leur désir d'allaiter. Un exemple : une femme réservée, très rationnelle, évitant de parler de ses affects, m'informe que son enfant refuse de téter. Elle le tient maladroitement, ses gestes sont saccadés, agacés, l'enfant pleure facilement, elle est de plus en plus anxieuse. Elle m'informe ensuite que

son mari ne désire pas qu'elle allaite, qu'il ne tient pas compte de son souhait d'allaiter. Toutes mes tentatives pour défendre la situation sont vaines. Je rencontre le mari. Il est furieux de ce que je fais endurer à sa femme et à son enfant. Ma naïveté m'entraîne rapidement dans une discussion houleuse. Mais plus le ton monte, plus la mère se détend : et c'est avec étonnement que je l'observe enfin souriante, donnant un biberon à son enfant gesticulant d'aise. Que s'est-il passé ? Du malaise qui m'est resté, j'ai pu saisir deux points importants. D'une part, cette femme m'a fait porter son échec : plus ma lutte était héroïque, plus elle pouvait renoncer. D'autre part, je devenais pour son mari une bonne cible. Ma présence servit à détourner un conflit. En effet, si l'on considère cette situation avec une approche qui vise à en déceler le côté positif, on peut aisément constater le déplacement du conflit entre la mère et le père vers un conflit entre le père et moi-même, libérant ainsi la mère et lui permettant de nouer enfin avec son enfant une relation dégagée de ces tensions. Mais si un biberon peut être une solution à un problème alimentaire, comment élaborer la solution d'un problème psychologique ? Porter à l'extérieur des conflits rencontrés ; mettre en scène ailleurs ; trianguler un tiers lorsqu'apparaît un différent plutôt que le saisir et y faire face : ces propositions ne sont pas des choix volontaires, souvent elle apparaissent comme la meilleure solution du moment, mais c'est une solution coûteuse : l'illusion de l'absence de désaccord se double d'une difficulté de différenciation, de la négation des affects, du repérage des émotions et, par voie de conséquence, de rapprochements réels. Il n'est pas surprenant que l'allaitement, dans cette famille, soit ressenti comme dangereux, donc à éviter tant pour la mère que pour le père.

Ce qui caractérise le deuxième groupe de mères est précisément ce que j'ai illustré dans cet exemple, à savoir : la confrontation à un minimum de trois personnes (que ce soit le père, la mère de la mère ou du père, une infirmière ou un médecin, le mécanisme utilisé est le même) et non pas seulement à deux personnes, la mère et son enfant. Ici, la dyade mère/enfant n'est pas encore constituée. Une première triangulation est nécessaire pour éviter un rapprochement trop intense, une deuxième l'est aussi pour « ressortir » l'intrus. De proche en proche, un équilibre se fait mais au prix .... de l'allaitement.

Ce qui fonde donc la différence entre les deux groupes de femmes, c'est précisément ce qui est rendu visible par l'usage qu'elles ont pu faire de mon aide, tantôt dans l'élaboration d'une relation établie, tantôt dans sa constitution même.

Quoique brèves, les interventions thérapeutiques lors des consultations d'allaitement sont d'une efficacité souvent très gratifiante, parfois frustrante, toujours intéressante.

Relation mère nouveau-né et phéromones

R. Faigaux

S'il fallait illustrer la relation mère nouveau-né et phéromones, je présenterais une diapositive vierge, car je suis quelque peu embarassé à l'idée de traiter de cette relation puisque nous n'avons pas de preuve formelle que des phéromones interviennent à ce niveau chez l'homme [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Pour commencer, nous définirons très brièvement la notion de phéromone, puis nous évoquerons les phéromones dans la relation mère nouveau-né chez les mammifères et la possibilité d'une telle relation chez l'homme. Finalement, je présenterai une étude effectuée au département de gynécologie et d'obstétrique de Genève, étude qui tente de démontrer l'existence de phéromones dans l'allaitement humain.

Le mot phéromone trouve sa racine dans les mots grecs « pherein » (transporter) et « homon » (exciter) ; il s'agit d'une substance généralement volatile et organique, sécrétée par un individu d'une espèce animale et qui produit un effet ou une communication à distance avec d'autres individus de la même espèce. Au contraire d'une hormone, le message est libéré à l'exterieur de l'individu sécréteur.

Le système de communication phéromonale comporte quatre phases.

La première phase consiste en la sécrétion des phéromones. En fait, tout organe, tissu ou sécrétion, est une source potentielle de phéromones jusqu'à preuve du contraire ; chez l'homme cependant, nous pensons avant tout aux glandes sudoripares ou apocrines, à la salive, à l'urine, au sperme et au transsudat vaginal.

La seconde phase correspond à la diffusion de cette phéromone et nous mesurons l'importance que peut jouer le milieu ambiant ; dans ce domaine, le poil implanté dans des zones de forte sécrétion pourrait être une sorte d'antenne à phéromones.

La réception de la phéromone est la 3e phase ; cette réception, au stade actuel de nos connaissances peut se faire par trois voies différentes : l'olfaction, l'ingestion et l'adsorption. Chez les mammifères, la seule voie connue de reception emprunte le réseau olfactif.

La quatrième phase, phase de l'effet ou de la réaction, est soit réversible soit irréversible, d'apparition lente ou immédiate.

Relation mère nouveau-né et phéromones

Dans une telle relation, la mère et le nouveau-né peuvent émettre ou recevoir des phéromones.

Certains *mammifères,* par exemple la rate, la lapine ou la brebis, sont capables de reconnaître leur progéniture par la voie olfactive ; le message chimique provient dans ce cas de la région périnéale. L'expérience classique pour la démonstration de ce phénomène est réalisée chez le rat ; ainsi, si l'on éloigne des ratons de leur nid et que l'on remplace la moitié de ceux-ci par des ratons d'une autre portée, la mère ne ramènera au nid que ses propres ratons. En revanche, après ablation des bulbes olfactifs, la rate ramènera au nid indifféremment ses propres petits et ceux de l'autre portée.

Dans certaines espèces, les nouveau-nés peuvent également reconnaître l'odeur de leur mère. Cela permet par exemple aux chatons, avant que la vision ne soit opérationnelle, de regagner le nid. Cela permet aussi aux ratons la découverte de l'attachement au mamelon ; en effet, la rate émet une phéromone dans la salive, salive que la rate déposera par léchage sur ses mamelons. Le fait de rendre ces ratons anosmiques ou de laver les tétons, empêche l'allaitement de se dérouler et mène au dépérissement de la nichée [9, 10].

En résumé, chez certains mammifères, la mère est capable d'identifier son nouveau-né grâce à un système phéromonal passant par la voie olfactive. Le nouveau-né, quant à lui, pourrait identifier sa mère, localiser son nid ainsi qu'un mamelon pour la tétée.

Chez *l'homme,* Darwin, en 1877 déjà, rapportait que le nouveau-né percevait le sein de sa mère lorsqu'il en était distant de moins de 30 centimètres. En 1975 et 1976, Macfarlane [11], et Russel [12] montrent que des nouveau-nés exposés à des tampons ayant reposé préalablement sur le sein de leur mère, font grossièrement un mouvement de la

tête vers ces tampons. Russel, toujours, a démontré qu'une mère, les yeux bandés et qui sentait différentes brassières, était capable d'identifier celle de son propre nouveau-né.

Maintenant qu'il est bien établi que le nouveau-né vient au monde avec des systèmes sensoriels fonctionnels, maintenant que l'on commence à connaître les interactions précoces acoustiques et visuelles entre la mère et le nouveau-né, une communication chimique ou phéromonale pourrait se confirmer. Nous allons exposer une expérience faite au département de gynécologie - obstétrique de Genève et qui postule l'existence d'une phéromone dans le lait humain (Faigaux, Ricou-Arita, Hermann).

Recherche d'une activité phéromonale dans l'allaitement humain

Nous avons imaginé l'expérience suivante : exposition de 67 nouveau-nés à du lait où à un récipient vide et quantification de leurs mouvements.

Ont été pris en considération d'une part les mouvements simples ou habituels, soit les mouvements de la bouche, de la tête, des bras et du haut du corps, d'autre part des mouvements complexes ou intenses de la tête et du corps qui consistaient respectivement en une rotation latérale bilatérale avec une tentative de poursuite de la source exposée et en un essai de soulèvement du haut du corps.

Prélèvement du lait

Du lait de femme a été prélevé 37 fois par pression manuelle chez 37 volontaires. Ce lait obtenu les 4e et 5e jours après l'accouchement à raison de 2 ml chaque fois, a été conservé dans des récipients opaques et hermétiquement clos d'une contenance de 10 ml pendant 4 heures à la température de la pièce.

Exposition - observation

Un récipient a été ouvert à deux reprises pendant une minute et tenu entre le pouce et l'index de l'expérimentateur, le plus près possible des narines d'un des 67 nouveau-nés soumis à l'expérience. 32 nouveau-nés ont été exposés au lait de leur propre mère, 5 au lait d'une autre mère, 5 à du lait de vache frais, prélevé à la même heure, directement à l'étable et conservé dans les mêmes conditions, et 25 nouveau-nés à un récipient vide.

Les 67 nouveau-nés, somnolents ou éveillés, en décubitus ventral, la tête de côté, ont été observés en tout pendant cinq minutes consécutives. L'exposition au récipient vide ou plein, a été réalisée aux 2e et 4e minutes de l'observation.

Pour l'établissement des résultats, nous avons comparé 22 nouveau-nés exposés au lait de leur propre mère et 22 nouveau-nés exposés au récipient vide. 10 nouveau-nés n'ont pas été retenus parce qu'ils furent exposés au lait d'une autre mère ou au lait de vache, 13 parce qu'ils étaient éveillés.

Résultats

Nos deux collectifs de 22 nouveau-nés chacun sont comparables quant à l'âge gestationnel moyen, au poids moyen du nouveau-né, aux mensurations moyennes des aréoles et des mamelons, au nombre d'heures entre la première mise au sein et l'accouchement, à l'Apgar moyen à 1 minute, à l'âge moyen des mères, au sexe, au mode d'accouchement, au déroulement de l'allaitement actuel et aux allaitements antérieurs (tableau I).

Si l'on compare la somme des mouvements observés entre ces deux groupes de 22 nouveau-nés pendant cinq minutes, on constate dans le groupe exposé au lait de la

I. *Comparaison de certains paramètres entre le collectif exposé au lait de la propre mère et le collectif exposé au récipient vide.*

	Nouveau-nés exposés	
	au lait de leur mère	**au récipient vide**
Age gestationnel moyen (sem)	38	39
Poids moyen (grammes)	3 080	3 070
Diamètre aréolaire moyen (mm)	61	59
Hauteur mamelonnaire moyenne (mm)	9	7
Nombre d'heures entre l'accouchement et la 1re mise au sein	4	2
Apgar moyen à 1 minute	8	8
Age maternel moyen (années)	27	29
Sexe : garçons	9	13
filles	13	9
Mode d'accouchement : césarienne	2	1
voie basse	20	21
Allaitements actuels : normaux	15	18
pathologiques	7	4
Allaitements antérieurs	5	2

II. *Comparaison des mouvements habituels et intenses observés entre le groupe de 22 nouveau-nés exposés au lait de leur propre et le groupe de 22 nouveau-nés exposés au récipient vide.*

Mouvements	Groupe exposé au lait de sa propre mère 22 nouveau-nés	Groupe exposé au récipient vide 22 nouveau-nés
Habituels	269	139
Intenses	92	28

propre mère, 269 mouvements simples ou habituels contre 139 dans le groupe de contrôle soumis au récipient vide. Nous avons également observé 92 mouvements complexes ou intenses dans le premier groupe contre 28 dans le groupe de contrôle (tableau II).

La comparaison des tranches de 1 minute du collectif exposé à la 2e et à la 4e minute au lait de la propre mère montre des mouvements habituels et intenses plus nombreux pendant les deux minutes où il y a exposition au lait avec un maximum lors de la première exposition.

La répartition et le type de mouvements figurent dans le tableau III.

III. *Répartition et type des mouvements par tranche d'1 min. pendant 5 min. du groupe des 22 nouveau-nés exposés au lait de leur propre mère.*

	Mouvements habituels					Mouvements intenses				
	1e min	2e min	3e min	4e min	5e min	1e min	2e min	3e min	4e min	5e min
Bouche	16	29	18	21	11					
Tête	9	25	13	27	14	2	28	7	21	1
Bras	5	12	9	12	5					
Corps	3	11	6	11	12	1	17	3	11	1

En considérant la réponse individuelle des 22 nouveau-nés exposés au lait de leur propre mère, on constate que 13 (59 %) répondent selon la tendance générale, que 4 (18 %) ont une augmentation de leurs mouvements seulement lors de la première exposition, que 1 (4,5 %) a une augmentation de ses mouvements à la 2e, 3e et 4e minute, comme si l'effet de la première exposition se maintenait, et que 4 nouveau-nés ne répondent pas (18 %).

Nous avons également recherché, chez les 13 nouveau-nés qui suivent parfaitement la tendance générale, le temps

moyen d'apparition du premier mouvement dans chaque tranche de 1 min. Sans que cela soit significatif, les deux tranches où il y a exposition au lait arrivent en tête avec le temps le plus bref pour la 2e exposition soit 16 secondes. Viennent ensuite la première exposition à 18 secondes, la première tranche d'une minute, la 3e et la 5e tranche d'une minute (tableau IV).

IV. *Temps moyen d'apparition du premier mouvement en secondes dans chaque tranche de 1 minute, chez les 13 nouveau-nés qui suivent la tendance générale.*

Tranches de 1 minute	1re	2e	3e	4e	5e
Apparition 1er mouvement (seconde)	19	18	23	16	30

Conclusions

Nous postulons, dans cette expérience, par l'étude des mouvements des nouveau-nés de deux groupes comparables, l'existence d'un facteur phéromonal émis par la mère dans l'allaitement humain. En cela, nous confirmons les travaux de Macfarlane et Russel qui, par deux procédés différents, avaient soumis à des nouveau-nés des compresses ayant reposé auparavant sur la zone aréolo-mamelonnaire.

Ce facteur se trouve probablement dans le lait lui-même, puisque nous nous sommes employés, quant à nous, à récolter le lait en évitant tout contact avec l'aréole et le mamelon à l'exception, bien entendu, des orifices galactophores.

Le facteur en question a la propriété d'être volatile et son effet dépend probablement de sa concentration. En effet, si nous considérons l'ensemble des mouvements, nous constatons d'une part une baisse de ces mouvements lors de la deuxième exposition au lait par rapport à la première, d'autre part, 4 nouveau-nés ne répondent qu'à la première exposition.

Nous avons également testé des nouveau-nés avec des laits d'une autre mère ainsi qu'avec du lait de vache sans obtenir de réponse positive. Il faut relever que les expositions avec les différents laits se sont déroulées en double aveugle. Ces deux derniers collectifs (avec utilisation de lait de vache ou d'une autre mère) sont cependant trop faibles pour en tirer des conclusions mais il faut se rappeler que Macfarlane et Russel obtenaient une réponse positive avec des compresses provenant d'une autre mère. Comme le

mode de prélèvement est différent, y aurait-il plus d'un facteur chimique émis dans l'allaitement ? Ou selon les conditions, des réactions biochimiques différentes se produiraient-elles ? Dans cet ordre d'idée, on peut s'interroger sur l'importance de la microflore cutanée [13].

Il est indéniable que l'on ne peut totalement exclure que le nouveau-né reconnaisse un facteur qu'il aurait déposé lui-même sur le sein de sa mère. Nous ne savons pas non plus si cette fonction est innée ou nécessite un apprentissage.

Nous n'avons pas trouvé d'explication au fait que 4 nouveau-nés n'ont pas réagi à l'exposition au lait de leur propre mère. Cependant, nous avons été frappés de constater que le diamètre de l'aréole de leur mère dépassait très largement le diamètre aréolaire mesuré dans nos deux deux groupes de 22 femmes. En effet, le diamètre moyen était de 60 mm et celui de ces 4 mères de 75 mm.

Par ailleurs, dans les cas où la mère nous a signalé une pathologie de l'allaitement (soit sous forme d'un manque de lait, soit d'une difficulté à téter), les nouveau-nés ont répondu à la stimulation.

Finalement, nos résultats sont statistiquement significatifs et basés sur deux types de contrôle : d'un côté nous disposons d'un contrôle au niveau d'un groupe pratiquement similaire où seul le lait faisait défaut, et d'un autre côté, nous disposons d'un contrôle au sein du groupe étudié lui-même puisque, sur une observation de 5 minutes, le lait n'est exposé que deux minutes. En effet, le test de Student montre une probabilité significative du pourcentage à chaque fois nettement inférieur à 0,05 (les extrêmes allant de 0,0005 à 0,03) pour les valeurs des mouvements soit habituels, soit intenses, entre les groupes exposés au lait ou au récipient vide, de même qu'entre les tranches d'exposition au lait ou non dans le groupe des nouveau-nés exposés au lait de leur propre mère.

Importance de cette recherche

La connaissance de ce facteur phéromonal est importante puisque la physiologie de la lactation, sa pathologie et même sa thérapeutique peuvent s'en trouver assurément modifiées. En effet, nous savons que le système nerveux central peut être conditionné de telle manière que la vue ou le cri de l'enfant puisse activer l'arc efférent du système ocytocique. Le lait apparaissant alors au mamelon pourrait, du moins en partie, être le vecteur d'une information phéromonale poussant l'enfant dans sa recherche du mamelon (réflexe de

fouissement). Dans ce cas-là, il s'agirait de revoir nos pratiques en matière d'hygiène du mamelon et les nombreux topiques employés à cet effet.

Dans un travail en cours, nous sommes en train de confirmer nos observations ; en effet des nouveau-nés monitorisés pour la fréquence cardiaque et respiratoire présentent une tachycardie et une irrégularité de la fréquence respiratoire lors d'une exposition lactée. Cette méthodologie pourrait être utile pour tester des fractions de lait et aboutir finalement à l'identification chimique de cette phéromone de l'allaitement que nous postulons. L'implication de phéromone dans la relation mère nouveau-né chez l'homme serait alors confirmée.

Références

1. Bronson FH. Pheromonal influences on mammalian reproduction. In : Diamond M, ed. Reproduction and Sexual Behavior. Bloomington : Indiana Univ. Press, 1968 ; 341.

2. Bruce HM. Pheromones. Brit Med Bull 1970 ; 26 : 10-3.

3. Comfort A. Likelihood of human pheromones. Nature (London) 1971 ; 230 : 432-3, 479.

4. Cowley JJ, Johnson AL, Brooksbank BWL. The effect of two odorous compounds on performance in an assessment of people test. Psycho neuro endocrinol 1977 ; 2 : 159-72.

5. Faigaux R. Il ruolo dei feromoni nella sessualita umana. Sessuologia 1981 ; 1 : 41-7.

6. Faigaux R. Phéromones dans le comportement sexuel humain ? Med Hyg 1980 ; 1397 : 3698-703.

7. Keith L. Olfactory study : human pheromones. Arch Gynec 1975 ; 218 : 203-4.

8. Michael RP, Kervene EB. Pheromones in the communication of sexual status in primates. Nature (London) 1968 ; 218 : 746.

9. Leon M, Moltz H. The development of the pheromonal bond in the albino rat. Physiol Behav 1972 ; 8 : 683-6.

10. Rosenblatt JS Learning in newborn kittens. Sci Am 1972 ; 227 : 18-25.

11. Macfarlane A. The Human Neonate. In : Parent-Infant Interaction. Amsterdam : Ciba Foundation Symp 33, 1975 ; 103-17.

12. Russel MJ. Human olfactory communication. Nature (London) 1976 ; 260 : 520.

13. Nicolaides N Skin lipids : their biochemical uniqueness. Science 1974 ; 186 : 19-27.

V. Situations particulières

Fécondation in vitro : les hors la mère

Anne Raoul Duval
R. Frydman

L'étude psychologique des fécondations in vitro se place sous le signe d'un double paradoxe :

– sur le plan médical, ces patientes s'adressent au médecin somaticien « sans être malades ». Les patientes en bonne santé viennent se soumettre à des examens médicaux, des actes chirurgicaux (avec les risques que cela comporte) pour un résultat (l'enfant) qui reste aléatoire ;

– la demande adressée est de faire un enfant « en éprouvette », comme la terminologie des médias l'a imposé, c'est-à-dire de dissocier de facto sexualité et conception.

Cette demande paradoxale correspond en clinique à une anxiété importante des patientes à chaque étape de la fécondation in vitro, et à un malaise mal défini de l'équipe soignante, qui éprouvait un sentiment de fatigue intense aux consultations, et des difficultés de contact lors des hospitalisations.

C'est dans ces conditions que nous avons été amenés à collaborer à l'équipe de fécondation in vitro, dans un double but :

– répondre à une demande d'aide psychologique réelle quoique souvent informulée ;

– tenter de comprendre l'articulation soma-psyché et d'aborder, par ce point extrême de la pathologie de la reproduction que représentent les fécondations in vitro, l'appréhension de certains aspects de la « parentalité normale ».

Méthodologie

Nous pensons être les premiers à aborder ce type de problèmes et c'est pourquoi nous avons utilisé notre propre méthodologie. Dans un premier temps, depuis un an et demi, nous avons assisté aux consultations de fécondation in vitro en binôme avec le médecin clinicien (nous avons ainsi vu 200 patientes). Notre présence était le plus souvent silencieuse, ponctuant éventuellement certains points particuliers de l'entretien ou insistant sur les difficultés psychologiques de cette médecine de pointe chez certaines femmes dépressives ou fragiles. Après chaque patiente (ou couple), une rapide mise au point confronte le point de vue du somaticien et du psychanalyste. Cette manière de travailler en « binôme », clinicien et psychanalyste, est une technique très utilisée dans le service et nous participons, dans le cadre particulier des fécondations in vitro, à une étude plus globale sur les stérilités en général.

Très rapidement, nous nous sommes aperçus que, d'une part cette rencontre fort brève ne nous permettait qu'un contact très superficiel et demandait à être poursuivie. Par ailleurs, il nous a semblé qu'une présence plus prolongée pouvait peut-être diminuer la tension qui existait dans le service (service de chirurgie gynécologique où ces patientes particulières coexistaient avec des patientes atteintes d'affections variées). Actuellement, une partie de l'étage est réservée aux patientes soumises à la fécondation in vitro, avec le personnel soignant qualifié ayant choisi ce mode d'activité ; l'ambiance et le mode de fonctionnement s'en trouvent notablement améliorés. Nous passons trois fois par semaine voir ces patientes hospitalisées (leur hospitalisation dure une semaine en moyenne). Elles nouent spontanément des relations entre elles et constituent des groupes informels, parfois animés par nous à l'occasion de nos passages. Un groupe organisé, plus complet, formé des patientes, des médecins et des infirmières, des biologistes et de tout le personnel s'occupant des fécondations in vitro, se regroupe une fois par semaine depuis six mois environ. Nous nous présentons comme psychanalyste et parlons à leur demande du quotidien ou de problèmes plus personnels. Nous leur précisons que nous pouvons les rencontrer si elles le veulent en entretien particulier, ce dont aucune patiente n'a usé jusqu'alors. Mais c'est entre deux portes, dans le couloir, dans un entretien duel mais dont l'intimité est précaire, que peuvent se raconter des histoires dramatiques anciennes, souvent cachées, dont l'activité affective actuelle ne fait pas de doute. C'est donc un matériel succinct, tant

quantitativement que qualitativement, dont nous allons maintenant parler.

Là se pose l'ambiguïté de notre démarche : psychanalyste sans divan, médecin sans outil thérapeutique somatique, non demandée par les patientes et n'offrant qu'une écoute particulière souvent redoutée (tant au niveau de l'équipe soignante que des patientes), nous essayons d'offrir en contrepartie un espace nouveau où tenteraient de se rejoindre la demande de ces patientes « non malades », hospitalisées plus ou moins longtemps pour un désir d'enfant, et la réponse de l'équipe soignante habituée à soigner des corps malades par des gestes appropriés.

Résultats et discussion

Il nous semble que depuis le début, les motivations des patientes ont changé.

Nous avons observé au début de la consultation un nombre non négligeable de femmes dont la demande principale semblait être non pas avoir un enfant, mais de participer à l'aventure de science-fiction que représentaient les fécondations in vitro. Venues le plus souvent par le biais des médias (journaux, télévision), sans le recours du médecin traitant, souvent seules (mari absent ou ne figurant que comme « donneur de sperme »), ces femmes venaient avec une demande de participation à une aventure médicale, souvent sans référence à leur physiologie, à leur mode de vie et à une souffrance éventuelle liée au « manque d'enfant ». Nous citerons sans commentaire la présentation de cette femme élégante et tonique, venue seule à la consultation, et se présentant ainsi : « j'ai 41 ans et 41 inséminations artificielles avec donneur ». Au cours du temps, en relation vraisemblablement avec une évolution du recrutement, patientes adressées par leur médecin traitant et après tri épistolaire préalable, les candidates à la fécondation in vitro, tout en conservant leur spécificité, sont de moins en moins conformes au tableau que nous venons de décrire. Les patientes actuelles posent de manière plus aiguë et plus dramatique les problèmes propres aux stérilités en général.

Ce qui nous frappe tout d'abord, c'est le nombre de couples qui viennent ensemble à la consultation, alors que la lettre précisant la date des rendez-vous ne demande pas la présence du mari. Mais ces couples, que l'on voit en nombre chaque semaine dans la salle d'attente, puis lors de la consultation, sont des couples particuliers en ce sens qu'ils nous semblent asexués. S'il existe une connivence intellectuelle,

une démarche commune (ils sont là ensemble), il faut noter l'absence de contact physique, de regards, qui signent le plaisir d'être ensemble. La demande de fécondation in vitro est rarement formulée par les deux conjoints, le plus souvent par la femme, sans participation du mari, ou par le mari, dans sa fonction maternante, la femme étant réduite au rôle de « porteuse d'enfant ».

Quelques faits cliniques nous ont frappés par leur fréquence. En ce qui concerne les conjoints, notons deux faits : d'abord le mari n'a le plus souvent pas de descendance, en dehors ou avant sa vie conjugale actuelle, et ne s'est donc pas confronté avec le problème de la paternité. Ensuite, il est très souvent plus jeune que sa femme. Le couple se présente comme un couple fermé, l'homme étant l'enfant de sa femme d'une manière telle qu'il n'y a pas de place pour un enfant réel. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles la plupart des couples demandant une fécondation in vitro n'envisagent pas l'adoption malgré la longue période de « désir d'enfant ». Notons que cet aspect des couples n'existe pas seulement lors des fécondations in vitro mais lors des consultations de stérilité classique et il faut souligner la difficulté de l'adoption en France. Il faut remarquer la fréquence des professions en relation avec les enfants chez les patientes demandant une fécondation in vitro : puéricultrices, éducatrices, enseignantes en particulier de maternelle, ce choix étant généralement préexistant à la découverte et au traitement de la stérilité.

Lors de l'hospitalisation, nous tentons d'approfondir la problématique des candidates à la fécondation in vitro et de préciser leurs désirs, leurs réticences, et le substrat de leur anxiété. Nous tentons de préciser la part iatrogène de la médicalisation antérieure, de la multiplicité des examens médicaux, des accouplements minutés sur ordonnance, des courbes de température, des intrusions multiples des examens gynécologiques, cœlioscopiques ou chirurgicaux.

Cet aspect « médical » de la stérilité est l'objet principal des conversations des patientes entre elles : histoire de leur stérilité, nombre, description, des interventions antérieures, comparaison des essais de fécondation in vitro et des divers paramètres actuels (dosages hormonaux, comptes rendus échographiques, etc.).

Cet abord du problème de la fécondation in vitro est également celui abordé en premier lieu lors des groupes hebdomadaires, demandant notamment des précisions sur le déroulement de la culture in vitro. Il nous a semblé qu'il existait un déplacement des problèmes et qu'il était plus

facile de « cristalliser » l'anxiété sur des techniques qui puissent être converties en chiffres (dosages). Ce n'est que dans un deuxième temps et après des échanges banals « testant » notre capacité d'écoute que surgissent les vraies questions.

Qui veut quoi ?

Un enfant. Cela est vrai pour un certain nombre de femmes, ayant eu au cours d'un premier mariage plus ou moins réussi le nombre d'enfants désirés (ou parfois plus), qui ont subi une ligature de trompes et désirent concrétiser un nouveau mariage par un nouvel enfant. Quelles que soient l'urgence et l'importance du désir d'enfant, son retentissement sur le couple, le contact avec ces patientes est le plus souvent simple, sans ambiguïté et la demande paraît spécifique, liée au désir d'enfant. Cela est également fréquent lorsque le couple n'a pas d'enfant, qu'il s'agisse d'une stérilité primaire ou secondaire (après interruptions volontaires de grossesses, fausses-couches spontanées, ou grossesse extra-utérine).

Mais il arrive que le désir d'enfant paraisse peu personnel, qu'il soit induit par la pression sociale et familiale (un couple doit avoir un enfant), ou qu'il réponde au désir intense du mari.

Lorsque l'ambivalence du désir d'enfant semble importante, on est parfois amené à préciser le contenu du désir d'enfant.

Une patiente, psychologue s'occupant d'adolescents, arrive à la dernière étape de la fécondation in vitro, la réimplantation. Cette étape physique peu agressive déclenche une angoisse difficilement contrôlable. Elle se retient pour ne pas partir avant la réimplantation. Cet épisode lui donne à réfléchir sur les motivations inconscientes de son désir d'enfant. Elle se rend compte qu'elle ne veut pas d'enfant mais se prouver qu'elle est fertile. Elle me raconte cette histoire en présence d'autres candidates de la fécondation in vitro qui disent partager une expérience analogue. S'agit-il d'un désir de grossesse, plus que d'un désir d'enfant, comme en témoigne cette vignette clinique ? L'histoire de Mme Z. est instructive : elle est mariée depuis trois mois, lorsque son mari a les oreillons dont les séquelles seront une azoospermie. Ils s'aiment, et cette stérilité ne met pas en jeu leur couple ; au contraire, elle cimente ce couple qui se façonne à deux avec des intérêts multiples et extérieurs, sans que Mme Z. ressente de manière dramatique le manque d'enfant. Après sept ans de mariage, un spermogramme est refait, il est normal. Le couple s'inquiète alors de l'absence de conception en l'absence de contraception et le bilan effectué chez Mme Z. met en évidence une stérilité tubaire de découverte récente mais peut-être ancienne. Ce diagnostic déclenche un syndrome dépressif important,

elle repère alors toutes les femmes enceintes dans la rue, ne peut le supporter et va tout tenter pour réparer l'insupportable. Qu'en est-il de sa demande : désir d'enfant, désir de grossesse, quête de son identité féminine remise en question par sa stérilité ?

A noter que ce cas n'est pas isolé, et que le nombre de femmes amenées lors de l'hospitalisation à préciser leur désir parlent de se sentir « complétées avec un gros ventre », mais ne peuvent imaginer un enfant avec son poids de réalité. « Mais je ne veux pas langer » dit une patiente lors de la réimplantation. Tout semble se passer comme si certaines de ces femmes voulaient ne plus être stériles, souhaitaient éventuellement être enceintes, mais ne désiraient pas forcément d'enfant. Ceci nous amène à la deuxième question :

Dans quelle problématique maternelle s'inscrit ce désir d'enfant inassouvi ?

Nous allons tout d'abord illustrer de quelques vignettes cliniques les problèmes rencontrés, puis tenter de préciser la part des facteurs psychologiques dans la genèse des stérilités.

Mme B., charmante jeune femme de 29 ans, ayant eu une fille d'un premier mariage, puis une salpingite ayant entraîné une stérilité secondaire, vient tenter une fécondation in vitro pour donner un enfant à son deuxième mari. Elle est équilibrée, épanouie. « Tout va bien », dit-elle, « c'est ce que je dis aux autres, mais même la maternité n'est pas simple ». Puis elle raconte son histoire. Elle est l'aînée d'une famille nombreuse (huit enfants) et elle est venue pour la première fois à Paris de son Nord natal passer un week-end avec son père et les deux plus grands enfants. C'est à son retour chez elle, au village, qu'elle s'aperçoit qu'elle est enceinte. Sa famille ne peut accepter cette grossesse illégitime. Elle va terminer sa grossesse seule, loin de chez elle, en foyer maternel, et accoucher seule à 19 ans, d'une petite fille. Les six premiers mois vont être marqués par la réconciliation avec les parents. La mère, puis le père, vont accepter leur « fille et son enfant », puis avec le père de l'enfant qui va l'épouser mais « ne sera jamais un mari » dit-elle. Elle tient un restaurant avec lui et restera insatisfaite de lui en tant que mari et en tant que père : il ne lui laisse aucun loisir pour s'occuper de leur fille, qui reste seule et apeurée dans l'appartement au-dessus du restaurant. Elle divorce pour épouser le meilleur ami de son mari dont elle veut maintenant un enfant.

C'est dans ce cadre œdipien que se trouvent nombre de femmes ayant subi une ou plusieurs IVG puis ayant une stérilité qu'accompagne un intense sentiment de culpabilité.

Problème œdipien également que celui de Mme L. : aînée de quatre, issue d'une famille bourgeoise, elle a une relation incestueuse avec son père de l'âge de seize ans à dix-neuf ans, dont elle sort en partant de la maison. Après quelques années, elle épouse un homme très gentil et maternant, à qui elle raconte son histoire et qui la rassure. Elle devient infirmière et veut avoir un enfant : une grossesse extra-utérine, puis une autre grossesse extra-utérine de l'autre côté, rendent cet espoir vain. Les discussions avec son mari lui font percevoir le lien entre la stérilité et la liaison avec son père. La mise à distance de l'agressivité à son égard lui fait penser qu'elle est prête maintenant à aborder la maternité. Elle vient tenter un essai de fécondation in vitro. Après l'injection d'HCG, dans l'intervalle des 36 heures précédant la cœlioscopie, elle va déjeuner avec ses parents. Elle est assise à la droite de son père, lorsqu'elle ressent une douleur signalant l'ovulation, ovulation précoce confirmée à son retour à l'hôpital. Elle se rend compte du lien entre la présence de son père et l'ovulation mais ne peut l'expliquer car si l'agressivité à son égard a pu être élaborée, l'amour qu'elle lui voue est inconscient et ne peut que se « mettre en acte ».

Mais parfois la problématique sous-jacente semble beaucoup plus archaïque. Ce n'est pas le problème œdipien qui apparaît au premier plan mais le lien mère-fille.

C'est lors de l'hospitalisation que nous avons rencontré pour la première fois Mme O. Comme nous nous inquiétions de son air triste, elle nous a répondu : « j'ai l'habitude des coups durs », et d'emblée nous raconte son histoire :

Mme O. est la dernière d'une fratrie de trois, les deux aînés (garçon et fille) ayant respectivement dix-huit et douze ans de plus qu'elle. Elle est élevée par sa mère, ses parents ayant divorcé, et se retrouve bientôt seule avec celle-ci. Invitée pour la première fois à dormir hors de chez elle, à l'âge de dix-sept ans, elle y va avec l'accord de sa mère. Elle rentre le lendemain matin pour trouver cette dernière morte d'une fracture de la colonne cervicale dans l'escalier de la cave. Elle se marie un an plus tard, après avoir été recueillie par ses futurs beaux-parents. Lorsqu'elle désire un enfant, quatre ans plus tard, sans qu'il y ait eu d'autres problèmes particuliers entre temps, elle fait une grossesse extra-utérine, puis une autre avec salpingectomie, annulant toute chance de maternité. Elle poursuit cette quête de maternité depuis dix-sept ans, participant depuis le début à l'expérience de fécondation in vitro. Ce qui nous frappe, c'est l'affect qui accompagne cette histoire dramatique racontée spontanément lors du premier entretien. Il ne nous paraît pas abusif d'établir un lien entre la relation duelle très forte entre cette jeune femme et sa mère dont la dramatique rupture n'a pas permis d'élaborer un deuil. Il nous semble que cette « fille » n'a pu obtenir de sa mère la permission de devenir à son tour « mère ». Il faut insister sur la fragilité de cette patiente dont tout le système défensif est mis en

jeu pour lutter contre la dépression sous-jacente. Et l'on peut se demander, tout en faisant la part de la reconstruction, la part psychologique dans la genèse de cette stérilité. L'entretien dramatique et tellement actuel semble avoir fait baisser l'anxiété, et nos rencontres ultérieures, très banales, se passent dans un climat très détendu. Six mois plus tard, Mme O. est enceinte grâce à une nouvelle tentative de fécondation in vitro.

Cet exemple illustre très bien la part de la permission maternelle indispensable à une fille pour devenir mère à son tour. Cet exemple démonstratif n'est pas unique. Il nous semble très important de souligner la force et l'efficience d'un interdit maternel lorsqu'il est inconscient. La mise à jour, la dédramatisation, permettant d'évacuer une charge libidinale et, rendant conscient l'interdit, le lèvent en même temps.

Le temps perdu, le temps retrouvé

Nous avons été frappés dans un certain nombre de cas, notamment ceux où la composante « psy » paraît au premier plan, du rapport au temps des candidates à la fécondation in vitro. Si la vie quotidienne et active paraît bien organisée (souvent trop, ne laissant pas de « temps mort »), lors de l'hospitalisation, toute attente est anxiogène, tout délai est insupportable. Tout se passe comme si la stérilité représentait le temps interrompu. Une vie quotidienne bien organisée (travail, loisirs) peut faire illusion. Mais lors de l'hospitalisation, cette organisation défensive tombe et l'angoisse, liée au temps, réapparaît. Toute attente, tout délai, confirment la discontinuité du temps. Ces femmes attendent le coup de baguette magique qui leur donnera l'enfant et son corollaire la continuité du temps, la filiation, le temps retrouvé.

Paternité dans le cadre des fécondations in vitro

Nous avons déjà noté la fréquence des hommes plus jeunes que leur femme, la fréquence de la « primipaternité ». Nous insisterons sur la fréquence des stérilités relatives ou complètes, et du refus masculin le plus souvent d'adopter un enfant. A l'heure actuelle, il n'y a pas de « lieu » spécifique pour l'écoute des hommes en quête de paternité et nous tentons de l'établir dans un double but, d'aide psychologique et de tenter d'établir dans ce cadre privilégié, la part de la paternité biologique (génétique), la paternité de filiation (transmission du nom), la paternité de fait (assumer l'élevage de l'enfant).

Conclusion

L'étude des motivations psychologiques des demandes de fécondation in vitro pose, plus que toute autre demande médicale, le problème des relations entre psyché et soma.

Malgré les précisions données quant au type de patientes, chez lesquelles une fécondation in vitro a des chances de réussir (obstruction isolée des trompes), on est frappé, lors des premières consultations de fécondation in vitro, de la fréquence d'autres facteurs associés pouvant à eux seuls être responsables d'une stérilité : dysovulation, liée ou non à un âge avancé, infertilité du mari, etc.

On est amené à se demander si ces couples qui demandent de manière pressante et magique un « bébé-éprouvette », n'essaient pas, par là-même, de « créer un enfant » en éludant les modifications physiques et psychiques que comporte une procréation naturelle.

De cette manière est évité le problème fondamental et toujours conflictuel pour le psychisme humain que pose la confrontation du coït parental avec ses représentations fantasmatiques.

Les discussions déontologiques, éthiques, qui ont été soulevées par la naissance de ces premiers enfants, ne sont pas justifiées à l'heure actuelle ; les enfants nés par insémination artificielle avec donneur posent des problèmes éthiques beaucoup plus importants que ces enfants nés de leur père et mère légaux et biologiques. Mais c'est cependant à l'occasion de ces naissances, que se sont posés de manière aiguë ces problèmes.

L'équipe médicale qui a réussi à accomplir ce « miracle » se trouve confrontée à des problèmes éthiques, cliniques, et déontologiques nouveaux.

Les demandes cliniques posent des problèmes auxquels ne sont pas habituellement confrontées les équipes médicales :

– demande de fécondation in vitro de la part de couples d'homosexuels, de transexuels,

– demandes et proposition de dons d'embryons,

– et que faire des embryons supplémentaires : les congeler ? Se pose le problème de la congélation dont la réalité est proche,

– la suite logique en est la banque d'embryons : à qui appartiennent-ils ? Qu'en faire ?

Et nous en arrivons aux problèmes de science-fiction soulevés à l'occasion de ces naissances (manipulations génétiques, clonage...).

Tout se passe comme si les lois naturelles ayant été franchies, tout devenait possible, le fantasme devenant réalité.

« Marie, sa mère, ayant été fiancée à Joseph, se trouva enceinte par la vertu du Saint Esprit, avant qu'ils eussent habité ensemble ».

Evangile selon Saint Mathieu

Pour en savoir plus

Deutsch H. La psychologie des femmes. Paris : Puf, 1949.

Jones HW. The Ethics of in vitro fertilization. Fertil Steril 1982 ; 37 : 146-9.

Pasini W. Aspects psychologiques de la stérilité et leur traitement. Praxès, Rune Suisse de Médecine 1978 : 48 : 1486-92.

Seibel MM. Taylor ML. Emotional aspects of infertility. Fertil Steril 1982 ; 37 : 137-45.

Mère à quarante ans

Madeleine Bourquin

En 1958, la fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique a fixé à 35 ans l'âge au-delà duquel une première grossesse devait être considérée comme « à risque », aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

La femme de quarante ans, qu'elle soit primipare ou multipare, présente, d'après les données de la littérature, des risques augmentés : pendant la grossesse, diabète, fibromes utérins, menace d'accouchement prématuré ; au moment de l'accouchement, le travail peut être plus long et plus difficile, les interventions sont plus fréquentes ; dans la période des suites de couches, on décrit une morbidité maternelle plus grande, due à une augmentation des risques thrombo-emboliques et infectieux.

En ce qui concerne l'enfant, l'augmentation des anomalies chromosomiques (trisomies 21, 18) est nettement correlée à l'âge maternel. Il existe aussi une augmentation des malformations cardiaques, rénales, et des polymalformations, une proportion plus grande d'enfants prématurés, ou petits pour l'âge gestationnel ; on décrit également une plus grande proportion de problèmes d'adaptation à la vie néonatale.

Ces données nous ont poussés à mener une étude locale sur la grossesse et l'accouchement des femmes de quarante ans et plus. De 1977 à 1979, 126 femmes de quarante ans et plus ont accouché à la Maternité de Genève, soit 1,83 % de nos accouchées, proportion qui correspond à celle d'autres centres (1,3 % à 2,4 %). Les données recueillies ont été comparées à celles d'un groupe de 178 femmes de dix-neuf à trente-cinq ans, d'un âge moyen de 27,2 ans. L'âge moyen du groupe étudié est de 41,4 ans, 88 % des femmes sont âgées de 40 à 43 ans, la femme la plus âgée a 51 ans.

Dans les deux groupes, la majorité des femmes sont mariées, et le fait de devoir assumer seule une grossesse ne représente pas un risque supplémentaire dans le groupe des femmes dites âgées. Les grossesses sont surveillées égale-

ment dans les deux groupes. Nous avons passé en revue les divers événements de la grossesse, et nous avons pu mettre en évidence dans le groupe des femmes « âgées », une augmentation, non significative statistiquement, des hypertensions ainsi que des fibromes utérins.

L'amniocentèse, qui permet de déceler les anomalies chromosomiques associées à l'âge maternel, a été rarement pratiquée dans notre groupe à risque élevé, puisque de 1977 à 1979, seules 35 % des femmes l'ont subie. Nous n'avons pas pu déterminer les raisons de cette faible proportion, s'il s'agissait d'un oubli ou d'un manque d'information, soit de la patiente soit des praticiens.

En ce qui concerne l'accouchement, on remarque dans le groupe des femmes « âgées », une augmentation des accouchements prématurés, un accouchement de plus longue durée chez les primipares, des interventions plus fréquentes (forceps, extracteurs, césarienne) ; la « souffrance fœtale », détectée par le monitoring en cours de travail, est une indication de ces interventions significativement plus fréquentes dans le groupe étudié.

Ceci est confirmé par l'étude du score d'Apgar, pratiqué à une, cinq et dix minutes de vie chez l'enfant, et qui est significativement plus bas à une et cinq minutes de vie, chez les enfants des femmes de quarante ans et plus.

En ce qui concerne la période du post-partum, nous n'avons pas relevé de différence significative entre les deux groupes, au niveau des pathologies ; en revanche, l'allaitement maternel est pratiqué moins fréquemment (74 %) dans le groupe des femmes « âgées » que dans notre groupe de contrôle (97 %). D'autre part, les femmes du groupe étudié demandent fréquemment une stérilisation tubaire pendant la durée de leur séjour (29 %), alors que cette contraception est très peu utilisée dans le groupe de contrôle (1,7 %).

Pour en venir aux nouveau-nés, notre étude a confirmé les données statistiques, puisque 3 enfants étaient atteints du syndrome de Down, sur les 87 enfants nés de mères non « dépistées ». Cette proportion importante (1/29) pourrait certainement être diminuée par un usage plus systématique de l'amniocentèse dans ce groupe à risque élevé. Nous tendons actuellement vers ce but, puisque la proportion des femmes « dépistées » est de 72 % pour l'année 1981.

Quelle influence ces données peuvent-elles avoir sur « la relation mère-enfant » ? Lors de notre étude, retrospective et basée sur des dossiers médicaux, nous ne nous étions pas

penchés sur cet aspect de la situation ; nous nous permettrons donc d'ébaucher certaines hypothèses.

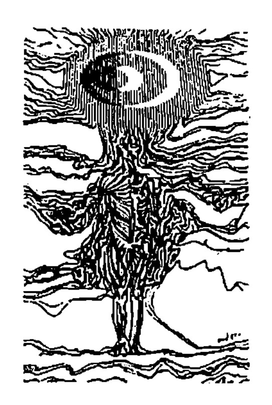
En ce qui concerne la grossesse, la légère augmentation des risques médicaux pour la mère, la connaissance des risques malformatifs et de prématurité pour l'enfant peuvent augmenter l'anxiété de la mère et du médecin ; nos moyens techniques (ultrasons, amniocentèse) devraient alors être à même de l'aider, de la rassurer.

L'accouchement, plus souvent technique, médical et aseptisé, nous permet d'obtenir un nouveau-né en bon état physique ; mais ne rend-il pas un peu plus difficile l'établissement du lien mère-enfant ?

En ce qui concerne les suites de couches, il n'existe pas, à ma connaissance, d'explication technique de la grande différence des proportions d'allaitement entre les deux groupes. Le lien pourrait-il alors devenir différent ?

Autant de questions qui restent à élucider, quand d'autres modes de vie, le travail, la contraception, mènent de plus en plus de femmes à envisager une grossesse tardive dans des conditions sereines

Index



Composé et
achevé d'imprimer
sur les presses
de l'imprimerie
Comimprim, Lyon

Façonné par
Davin, Lyon

Dépôt légal
mai 1984
n° 996